Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Paris : Mention : Médecine

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

N° 343

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 4 juillet 1907, à 1 heure

PAR

Edgard SAÏAS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES

STÉNOSES SYPHILITIQUES

DU COL DE L'UTÉRUS

COMME CAUSES DE DYSTOCIE

Président : M. POZZI, *professeur.*

Juges : MM. LE DENTU et BERGER, *professeurs*
PROUST, *agrégé.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	N...
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	N....
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N..... PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat).
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	TEISSIER
BRANCA	FAURE	MAILLARD	THIROLOIX
BEZANÇON	GOSSET	MARION	VAQUEZ
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
BROCA (André)	JEANSELME	MERY	
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉREE

DE MON GRAND-ONCLE

ET DE MA GRAND'TANTE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A vous, chers parents, qui avez poussé l'amour jusqu'au sacrifice, je dois à votre sollicitude d'avoir pu prolonger mes études médicales aussi longuement que je l'ai voulu. Je souhaite que ce travail qui les termine, vous soit, malgré ses nombreuses imperfections, un témoignage de mon amour filial.

A MON CHER ONCLE S. SAÏAS
ET A MA CHÈRE TANTE

Je leur dédie cette thèse en reconnaissance de l'affectueux intérêt qu'ils n'ont cessé de me témoigner durant le cours de mes études.

A MON COUSIN LE DOCTEUR JULES SAÏAS

Dès mon jeune âge, tu as été pour moi un ami sincère et dévoué ; je suis heureux de t'adresser ici mes sentiments de gratitude.

A MES FRÈRE ET SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

En témoignage d'affection.

A MON COUSIN

LE DOCTEUR LAZARE SAÏAS

En souvenir de nos jeunes années.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR S. POZZI

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. PROUST

PROFESSEUR AGRÉGÉ
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

AVANT-PROPOS

Des années viennent de s'écouler : heures de joie ou de tristesse ont passé, et, nous voici enfin arrivé au but si ardemment désiré, par nous et par ceux qui nous sont chers.

L'inconnu nous ouvre ses portes toutes grandes ; que nous réserve-t-il ? Nous l'ignorons. Néanmoins, c'est gaiement que nous y entrerons, bien qu'au terme de notre vie d'étudiant fort longue, nous ne puissions nous défendre d'un sentiment de tristesse en songeant à tous ceux qui nous furent chers et dont il va falloir nous séparer !

Aussi, nous est-il agréable au début de cette thèse qui marque le terme de nos études, d'adresser un remerciement sincère à nos professeurs et maîtres dans les hôpitaux.

Ce n'est point que par cette façon d'agir, nous voulions purement et simplement obéir à une vieille tradition : non, mais nous estimons par contre que l'occasion

est unique pour nous de témoigner publiquement notre reconnaissance à ceux qui, sans marchander, nous donnèrent leur enseignement.

Nous avons en effet rencontré, dès le début de nos études à Paris, des maîtres qui n'ont cessé de nous témoigner leur bienveillance.

C'est ainsi que nous avons fait les premières armes chirurgicales dans le service de M. le Professeur Duplay, suppléé alors par le Dr Mauclaire, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

C'est dans ce service de l'Hôtel-Dieu que nous avons appris les principes de la chirurgie et, en particulier, de l'asepsie; nous prions le Dr Mauclaire de bien vouloir agréer nos vifs remerciements pour l'accueil affectueux qu'il nous a toujours réservé.

Nous assurons de toute notre reconnaissance M. le Professeur Berger, chirurgien des hôpitaux dont nous avons suivi les pratiques leçons pendant toute une année.

Le seul fait d'avoir été son élève nous est un précieux appui.

Nous devons un hommage tout particulier au Dr Barié, médecin des hôpitaux, qui nous a enseigné la clinique médicale, et appris à appliquer l'aphorisme de nos pères sur le rôle du médecin : « guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours » Nous n'oublierons jamais ce maître qui nous a laissé une si profonde impression de modestie, de bonté, de dévouement, et, nous a appris par ses exemples à aimer avec enthousiasme l'art que nous allons bientôt pratiquer.

M. le Dr Vaquez, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, chez qui nous avons été pendant quelque temps, nous enseigna la thérapeutique clinique, en particulier celle des affections cardiaques.

Nous lui adressons ici nos plus sincères remerciements.

M. le Dr Babinski, dont nous regrettons de n'avoir pas été l'élève direct nous a initié dans la pratique des maladies nerveuses ; qu'il veuille bien recevoir ici l'assurance de toute notre gratitude.

Nous avons fait notre stage obstétrical chez M. le Dr Lepage, professeur agrégé, accoucheur de l'hôpital de la Pitié.

La bienveillance qu'il nous a toujours témoignée a fait que nous avons pu rester dans son service toute une année, année durant laquelle il nous a largement familiarisé avec les accouchements. Nous le prions de croire à notre profonde reconnaissance.

Que dirons-nous enfin des années passées à l'hôpital Broca dans cet admirable et pittoresque service du professeur Pozzi, si ce n'est que nous avons tâché de profiter de notre mieux de la haute et savante expérience de notre vénéré maître.

Nous avons eu la bonne fortune, de rencontrer en outre, dans ce service, un maître dévoué, le Dr R. Proust, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux : il n'a jamais cessé de s'intéresser à nos efforts et de nous encourager pendant le cours de nos études.

C'est à lui que nous devons le sujet du modeste travail que nous apportons aujourd'hui, et, c'est grâce à ses

conseils que nous avons pu le mener à bonne fin. Aussi notre dette de reconnaissance est grande, et, nous le prions de nous permettre de lui en offrir l'hommage.

Nous ne savons comment remercier, ici, notre maître et ami, le Dr J. A. Sicard, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Jamais ses conseils, jamais son appui, ne nous ont fait défaut ; nous garderons toujours le souvenir de sa bonté, et, c'est par un sentiment de vive reconnaissance que nous nous permettons de lui adresser publiquement les plus sincères remerciements.

Le professeur agrégé Marion, dans ses lumineuses leçons pratiques à la consultation chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, nous a montré l'art délicat d'appliquer aux blessés les données théoriques de la science chirurgicale : ce fut là un précieux enseignement qui empêchera l'élève d'oublier le maître.

L'hôpital Saint-Louis, dont l'universelle réputation nous a attiré, nous fut un fertile champ d'observations pour les maladies cutanées.

C'est à l'hôpital des Contagieux, au bastion 29, que nous avons terminé notre campagne hospitalière : le service du Dr Milian, nous a tout particulièrement intéressé ; que ce maître veuille bien agréer, nos vifs remerciements pour le bienveillant accueil qu'il nous a fait.

Enfin, à nos amis avec lesquels nous avons entretenu des relations si cordiales, avec lesquels nous avons partagé si joyeusement les heures de travail, comme les heures de loisir, nous adressons nos plus vifs

regrets de cette brusque séparation ; nous leur donnons l'assurance que nous conservons d'eux un souvenir des plus profonds.

C'est encore un plaisir pour nous, que de remercier dans cet ouvrage, notre ami, le Dr Dumont, pour l'accueil sympathique qu'il nous fit, et les conseils qu'il nous prodigua, durant la rédaction de notre thèse.

Et, maintenant, nous prions M. le Professeur Pozzi de bien vouloir accepter les remerciements et l'hommage ému et respectueux, pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Paris, 4 juillet 1907

E. Saïas.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les causes de *rigidité* du col de l'utérus sont multiples ; on peut néanmoins en distinguer trois grandes classes. Ce sont :

1° La rigidité *spasmodique ;*

2° La rigidité *anatomique ;*

3° La rigidité *pathologique.*

Cette division, bien que classique, n'est point admise par tous les auteurs.

C'est ainsi que pour M. le professeur Pinard, pour Barnes, pour Doléris, la rigidité anatomique n'existe pas, parce que l'examen anatomo-pathologique qui a été fait plusieurs fois, n'a jamais révélé l'existence des lésions pouvant expliquer cette rigidité.

Quant à la rigidité pathologique, ici, la notion de cause apparaît rationnelle et indubitable ; elle peut être le résultat d'une sclérose, d'une néoplasie, d'une tumeur, d'une cicatrice.

Mais, parmi ces causes, il en est une dont nous allons

nous occuper tout particulièrement, cause qui fera l'objet de notre modeste travail, nous voulons parler de la *sténose syphilitique* du *col* comme *cause de dystocie.*

Nous n'avons point la prétention de faire là une description nouvelle. Cette affection a déjà été souventes fois décrite, et, nous ne saurions mieux faire pour résumer l'état actuel de la question que de citer ce que disent Ribemont et Lepage :

« L'influence de la syphilis sur le col n'est guère connue que depuis une vingtaine d'années ; entrevue vers 1868 par Putegnat, elle a été observée de nouveau par les observations de Charleoni, Chiara et Martinetti en 1883.

En 1884 et 1885, Doléris et son élève Mesnard ont publié des travaux sur la syphilis et la rigidité du col utérin pendant l'accouchement.

Fasola, agrégé de l'Institut obstétrico-gynécologique de Florence, a publié en 1884 une importante observation démontrant une variété rare : la sclérose généralisée d'origine syphilitique.

Signalons également une leçon de Maygrier sur ce sujet en 1891. »

Dès cette époque, de nouveaux travaux ont été faits sur la question. Nous trouvons, à cette date, le travail de Le Camus qui, constatant l'influence des lésions syphilitiques du col et, particulièrement, la sclérose syphilitique sur l'accouchement préconise, suivant les cas, soit l'écarteur de Tarnier, et les incisions du col, soit, pour quelques cas rares, l'opération de Porro.

En 1899, Le Bigot arrive à des conclusions identi-

ques ; il préconise, lui aussi, l'opération de Porro-lorsque les incisions du col se sont montrées insuffisantes.

La même année, Bidone au VI[e] Congrès de la Société Italienne d'obstétrique et de gynécologie, préconise l'opération césarienne pour sténose syphilitique de l'utérus.

Depuis, nous trouvons les travaux de Thieux, de Chaleix-Vivie, de Blandin, la thèse de A. Férouelle qui considère le chancre comme beaucoup plus fréquent, comme cause de dystocie que l'accident secondaire. Il repousse les incisions profondes du col comme exposant à la septicémie, et, considérant la césarienne comme intervention de choix, il admet cependant la basiotripsie sur l'enfant vivant à travers un orifice incomplètement dilaté quand toute autre opération paraîtra dangereuse pour la mère.

Woyer, Commandeur, Boudreau, le professeur Queirel, Blanc, Wayter, citent de nouveaux cas.

Lepage, dans le *Journal des Praticiens* de 1903, étudie le chancre parmi les causes de rigidité du col.

Croci, Thibierge en citent de nouveaux cas.

Martin, dans sa thèse de 1905, en publie de nouvelles observations : il attribue peu de valeur aux incisions du col et préconise les interventions directes sur l'utérus, opération de Porro, opération césarienne.

Enfin le professeur agrégé Proust a publié tout récemment une observation, où il préconise la césarienne abdominale.

En somme, l'évolution de la question présente trois

phases après la description de la sténose syphilitique par Putegnat.

Dans une première période on a préconisé les incisions aidées ou non de dilatation.

Puis dès 1883, le professeur Chiara, pouvait dire dans un des cas de sténose syphilitique du col, après deux heures de fastidieuses manœuvres d'embryotomie accompagnées de multiples incisions du col, manœuvres suivies de la mort de la parturiente :

« *La voie abdominale aurait pu donner un résultat moins funeste, et, certainement, plus brillant, mais...* »

Enfin, en 1899, le professeur Bidone mit en pratique, le premier, les paroles de son maître Chiara en exécutant une césarienne, à la suite de sténose syphilitique du col.

Actuellement et tout récemment, le Dr Proust, dans le service de notre maître le professeur Pozzi a eu l'occasion de pratiquer une opération césarienne suivie d'hystérectomie chez une femme atteinte d'affection identique.

C'est là la thérapeutique énergique qui vainc la difficulté, mais ce n'est là malgré tout qu'une intervention exceptionnelle et qui n'est indiquée que dans un nombre assez restreint de cas.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE
ET
ANATOMO-PATHOLOGIQUE
DES LÉSIONS SYPHILITIQUES DU COL UTÉRIN

Un premier fait digne de remarque et signalé d'ailleurs par la plupart des observateurs, est le caractère spécial que prennent les lésions syphilitiques sur le col d'un utérus gravide, et au cours du travail.

Nous croyons bien faire en exposant d'abord les caractères ordinaires de ces lésions syphilitiques du col chez la femme non enceinte.

Sur le col, l'*unicité* de la lésion est comme dans les autres localisations, et, plus encore qu'ailleurs, la règle : les chancres multiples du col sont tout à fait exceptionnels.

Comme siège, il paraît prédominer sur la lèvre antérieure, quelquefois empiétant sur la lumière du canal et se propageant même à la lèvre postérieure. C'est dans ce cas qu'il forme le chancre central. Sa forme

qui est, en règle générale, arrondie ou ovalaire lui permet d'embrasser l'orifice.

La lésion peut être plane, c'est même la règle au début, mais le plus souvent elle se surélève formant une véritable papule supportant un plateau : celui-ci, présente une teinte *grise-lardacée*, caractéristique de l'érosion qui est, d'autre part, toujours unie et lisse, et limitée par une sorte de bourrelet rouge d'un aspect tout à fait spécial.

Pratiquement, cette lésion peut être considérée comme peu ou pas sécrétante, car, jamais son exsudat n'attire l'attention, confondu qu'il est avec les sécrétions utéro-vaginales.

L'indolence bien connue du chancre syphilitique, le suit dans cette localisation, et c'est toujours avec surprise et incrédulité que la malade entend énoncer cette découverte du spéculum ou du doigt investigateur.

D'ailleurs le travail de ce dernier est particulièrement délicat, car, d'une part, la dureté pathologique du chancre se confond le plus souvent avec la fermeté physiologique du col utérin, et de l'autre il faudrait introduire deux doigts dans la cavité génitale pour pouvoir apprécier exactement la consistance présentée par la base de l'érosion.

Aussi, c'est plutôt la notion d'*hypertrophie en masse* du col qui éveillera l'attention du clinicien.

Les observations sont unanimes à ce sujet ; toutes parlent de cette hypertrophie en la qualifiant selon les cas de : *sclérose, hypertrophie dure, induration sèche, ligneuse, cartilagineuse.*

L'on conçoit que les multiples transformations qu'entraîne la grossesse du côté des organes génitaux auront leur répercussion sur leurs lésions.

Doléris dit « que la gestation entraîne l'hyperhémie permanente des organes génitaux, elle en augmente activement au début le mouvement nutritif et plus tard, elle accentue ce résultat par la congestion passive provenant de la stase vasculaire qui succède à la compression des vaisseaux pelviens. »

Le chancre syphilitique suit le sort du terrain sur lequel il est greffé, et la grossesse a sur le développement du chancre une fois produit une influence indéniable, et c'est à ce point de vue que Fournier a eu raison de dire que : *la grossesse est une complication de la vérole.*

Car, à côté de l'anémie qui se développe dès la conception chez la syphilitique, on note que les manifestations externes de l'infection par le spirochœte sont plus nombreuses et plus graves chez les parturientes.

Nous voyons dans les observations de Putegnat, de Doléris, de Le Camus que le chancre est volumineux, qu'il s'accompagne de syphilides érosives, ano-vulvaires, de *leucorrhée fétide.*

Un autre fait a attiré notre attention : c'est qu'au point de vue du siège de la lésion, il semble que chez la femme enceinte le spirochœte se localise de préférence au niveau de la lèvre antérieure. Il apparaît que ce n'est pas là un pur hasard et l'antéflexion légère de l'utérus gravide explique cette fréquence par l'intimité

des rapports du gland infecté et de la lèvre antérieure pendant le coït.

Néanmoins le chancre peut siéger ailleurs et, c'est ainsi que dans l'observation V de Putegnat, nous le trouvons sur la lèvre postérieure.

L'induration, toujours très marquée, s'étend quelquefois; elle envahit le col entier, elle déborde même sur le corps de l'utérus et, dans l'observation de Fasola, le segment inférieur est pris.

Charleoni dit à ce sujet, en parlant d'une de ses malades: « *Le segment inférieur de l'utérus était considérablement épaissi, tendu, d'une dureté qui rappelait le tissu fibro-cartilagineux, dureté qui s'étendait tout autour de l'orifice à un centimètre des bords et plus spécialement en avant.* »

Dans l'exemple rapporté par Le Bigot, le col était *bosselé, irrégulier, long, fermé*, si bien que M. Bigeix crut toucher un *pessaire.*

On est frappé, dit Rudeaux, dans ses deux observations que nous rapportons in extenso, de sentir un col *long, dur, presque cartilagineux.*

Bidone, emploie les mêmes termes : « le col est très dur, *presque comme du cartilage.* »

Nous voyons, en somme, par ces quelques exemples et la lecture de nos autres observations que cette induration ne manque jamais. Elle a été constatée par tous les auteurs, depuis Putegnat jusqu'à nos jours et tous en ont été frappés.

A ce symptôme capital fourni par le toucher, s'en ajoutent d'autres donnés par l'inspection locale. Au

spéculum, le chancre aura des caractères tout différents de ceux décrits plus haut chez la femme non gravide. « *La grossesse*, dit Fournier, *imprime au chancre des modifications spéciales. Elle le rend livide, brunâtre, et parfois même, très exactement violet, d'un violet noir, qui rappelle tout à fait le ton de cette belle fleur de nos jardins, qu'on appelle vulgairement la pensée.* »

Le fond de ce chancre est bourgeonnant, parfois tapissé de fausses membranes.

Ce chancre enfin, s'accompagne fréquemment comme on le note dans la plupart des observations de *leucorrhée fétide.*

Mais, à vrai dire, le chancre du col n'attire pas beaucoup l'attention par lui-même, et, si nous y pensons, c'est souvent à l'occasion d'autres manifestations syphilitiques qui se présentent à nous d'une façon moins occulte. Parmi celles-ci, nous devons signaler la roséole généralisée, l'adénopathie inguinale, une alopécie en placard, des plaques muqueuses buccales, des syphilides ano-vulvaires, etc.

Enfin, si au moment de l'accouchement, le travail se fait mal, et que la cause nous échappe, nous devons songer également à dépister un chancre du col de l'utérus.

Et, il sera de notre devoir de rechercher le chancre si nous nous trouvons en présence d'hydramnios ou de rupture prématurée des membranes.

La rupture prématurée des membranes s'observe très fréquemment dans la syphilis utérine : les observations

que nous apportons en font foi. On pourrait presque en faire un symptôme de la syphilis de l'utérus bien que nous en ignorions la cause.

On a bien émis l'idée que la syphilis qui altère la constitution du placenta, ne serait pas sans exercer une influence fâcheuse sur le développement des membranes et qu'elle les rendrait moins résistantes.

Quoi qu'il en soit, la rupture des membranes chez une parturiente spécifique n'en reste pas moins un fait d'observation, digne d'être classé parmi les symptômes.

Si donc, pendant le travail, nous pratiquons le toucher, nous constatons, au lieu d'un *ramollissement* un bourrelet *épais*, *dur*, *inextensible*.

On a la sensation d'une tension extrême et l'idée que tout l'obstacle est constitué par la résistance invincible du col. Et cela ne doit pas nous étonner, d'après ce que nous savons sur l'anatomie pathologique du chancre.

Fasola, dont nous apportons l'observation et qui en a fait une étude détaillée, s'exprime ainsi :

« Dans une section du segment inférieur, au niveau de l'anneau fibreux, on voit que le tissu musculaire en différents endroits est remplacé par du tissu conjonctif fibreux, compact, sclérosé, comme celui des fibromes durs.

Dans d'autres endroits on voit encore quelques fibres musculaires atrophiées au milieu du tissu conjonctif.

La sclérose est plus manifeste au milieu de l'épais-

seur de la paroi utérine ; en dehors et en dedans de celle-ci on trouve une infiltration de cellules conjonctives, qui l'emportent sur les fibres musculaires.

Aux endroits les plus infiltrés, les fibres musculaires sont plus minces, atrophiées par compression ; on les trouve graduellement plus grandes aux endroits ou l'infiltration est moindre.

Dans la partie la plus sclérosée, les voies sanguines sont complètement ou presque complètement obstruées oblitérées par épaississement de la tunique interne et moyenne. Sur une section pratiquée entre la partie sclérosée et la partie semblant saine on voit une infiltration abondante de tissu conjonctif interstitiel avec prédominance de cellules lymphoïdes sur les fibres.

Cette infiltration irrégulièrement distribuée est plus abondante là où il existe des mailles de tissu connectif, fibreux, un peu gros...

Dans une section faite sur les parties semblant saines et à la distance de la partie sclérosée, on ne note pas des modifications spéciales du tissu utérin.

Dans une section correspondant à l'insertion placentaire on observe seulement une infiltration cellulaire. » (Fasola, obs. IX.)

Voici en quelques lignes comment maintenant le professeur Cornil caractérise la constitution anatomique du chancre syphilitique :

« Le tissu interstitiel est gorgé d'éléments cellulaires migrateurs et de cellules connectives hypertrophiées.

« Cette réplétion des espaces conjonctifs produit l'induration de Hunter...

« Les parois des vaisseaux s'entourent de couches concentriques lamelliformes de tissu fibroïde, elles-mêmes infiltrées d'éléments lymphatiques, et la lumière vasculaire est rétrécie. »

Cioja, dans l'observation qu'il a publiée en 1894, et que nous reproduisons *in extenso* dans notre thèse, a pu faire des coupes dans un lambeau du col qui s'était détaché. Il constate également une zone blanchâtre, d'aspect fibreux, une infiltration très abondante des tissus avec de petites cellules rondes, lymphoïdes, isolées et mélangées à d'autres cellules où l'infiltration était moins prononcée.

Les vaisseaux étaient nombreux, et de préférence à grosses parois.

Quant aux lésions de dégénérescence de la cellule, on trouva en quelques cellules un noyau très allongé et déprimé en son centre.

Enfin Rudeaux, qui a pu également faire des coupes du col, nous dit que la paroi musculaire et la muqueuse étaient profondément modifiées.

« A la place de la muqueuse on voyait un tissu très vasculaire dans lequel dominaient de grosses cellules à protoplasma abondant. Ces cellules devaient être considérées comme des cellules déciduales.

Un grand nombre de ces cellules avaient leur noyau repoussé excentriquement par une dégénérescence du protoplasma.

Outre ces cellules déciduales, on rencontrait dans la préparation un grand nombre de leucocytes mono et polynucléaires.

Les vaisseaux étaient dilatés et à l'intérieur existaient des leucocytes beaucoup plus nombreux que normalement.

Quant au parenchyme musculaire il semblait œdématié. Enfin, on rencontre aussi dans les vaisseaux pas mal de plasmazellen.

Il résulte de ce court aperçu anatomo-pathologique que les lésions à la suite de chancre du col sont en somme assez considérables, notamment dans la portion musculaire qui devient presque cartilagineuse.

Devons-nous après ces notions nous étonner du temps que met la dilatation à se faire si toutefois elle peut s'accomplir ?

Ne devons-nous pas au contraire entrevoir dans ces lésions une cause de dystocie et même de dystocie grave? Certes, oui.

L'effacement et la dilatation du col veulent pour s'accomplir, en effet, des tissus *souples, ramollis.*

Nous n'avons dans le chancre syphilitique que des tissus *durs, cartilagineux.*

Mais le chancre est loin d'être la seule manifestation syphilitique qui se développe sur le col. Sa durée notablement plus longue chez la femme enceinte (dix à quinze jours de plus que chez la femme normale) fait que souvent il persiste encore quand apparaissent sur le col les accidents secondaires.

Les syphilides, elles aussi, présentent à leur tour une ténacité particulière.

Tandis que chez la femme, qui n'était pas enceinte, ces accidents cèdent à quinze ou vingt jours de traitement,

chez la parturiente un laps de temps double est nécessaire pour arriver au même résultat.

La grossesse n'influe d'ailleurs pas seulement sur la durée de ces accidents secondaires.

Elle en augmente le nombre. Ces syphilides tenaces et multiples se développent en outre avec une richesse de végétations tout à fait particulière ; elles sont exhubérantes, affectionnent tout particulièrement les formes hypertrophiques et bourgeonnantes.

Et, si au contraire c'est dans la profondeur des tissus que le processus se développe, il se forme alors des ulcérations particulièrement creuses corrodant les tissus et ce n'est que très péniblement qu'un traitement énergique arrête cet envahissement.

Mais, chose digne de remarque et d'ailleurs facile à prévoir, l'accouchement normal ou l'arrêt de la grossesse amènent immédiatement une suspension et une régression de la marche des lésions.

C'est là la démonstration typique de l'influence de la grossesse : *Sublata causa, tollitur effectus*, causa étant pris ici dans le sens large de cause adjuvante.

Mais si, et c'est le plus souvent le cas, la grossesse continue à évoluer grâce à un traitement approprié on voit malgré celui-ci les syphilides hypertrophiques et, bourgeonnantes, aussi bien que les ulcérations creuses et envahissantes, s'entourer d'une zone d'induration remarquablement large, épaisse, volumineuse, formant ainsi de gros noyaux, des placards, des gâteaux à consistance cartilagineuse ou ligneuse, qui constituent de

sérieux et souvent invincibles obstacles à l'effacement et à la dilatation du col, lors du travail.

Mais là ne s'arrête pas l'influence fâcheuse de la syphilis sur les phénomènes normaux de l'accouchement.

Les accidents tertiaires, eux aussi, ne sont pas rares sur le col, mais fait digne d'être souligné, ils ne présentent pas chez la femme enceinte les caractères d'intensité qu'affectent l'accident primitif et les syphilides.

Il semble que le processus d'endartérite, cause initiale de l'ulcération gommeuse, soit entravé ou plutôt corrigé par la vascularisation fort riche du col pendant la grossesse.

Et nous voyons donc une même cause, la richesse des vaisseaux, favoriser le développement des accidents primitifs et secondaires, alors qu'au contraire elle gêne considérablement le développement des gommes.

Mais à côté de celles-ci est une conséquence de la syphilis qui présente au contraire une importance capitale, c'est la *sclérose.*

On a longuement discuté si celle-ci était toujours tertiaire, et n'apparaissait pas quelquefois auparavant : en tout cas, les observations ont démontré que la sclérose peut apparaître d'une façon précoce en d'autres régions du corps. Qu'il nous suffise de rappeler ici la vulvite scléreuse, le syphilome ano-rectal.

Tillaux et Gosselin les ont constatés, moins de six mois après le chancre.

Aussi, il n'est pas imprudent de conclure que la sclérose du col évolue rapidement, et, de fait, elle a été observée du neuvième au onzième mois de l'infection.

Quoi qu'il en soit de la date de l'apparition de la sclérose, il n'en reste pas moins que c'est là une complication fréquente de la syphilis, fort grave au point de vue du pronostic relatif à l'accouchement.

Néanmoins, la connaissance du traitement à appliquer éclaircit le tableau. Aussi y a-t-il un intérêt majeur et primordial, aussi bien dans l'intérêt de la mère qu'au point de vue de la bonne marche de l'accouchement, à faire un diagnostic précoce de la cause de cet épaississement scléreux.

La plupart des auteurs admettent que la rigidité du col est d'origine anatomique, spasmodique et pathologique.

Le professeur Pinard élimine la rigidité anatomique.

Les auteurs qui l'admettent, disent qu'on la rencontre de préférence chez de vieilles primipares, chez lesquelles au toucher on trouve un col épais non douloureux, dur, « *coriace* », suivant l'expression de Bonnaire.

Cette sensation a encore été comparée à celle du *cuir imbibé de graisse.*

Le doigt investigateur ne rencontre aucune tumeur, aucune ulcération. La muqueuse est lisse, saine, et c'est par élimination d'autres causes que l'on pose le plus souvent le diagnostic de rigidité anatomique du col.

Cependant la rigidité spasmodique donne elle aussi au toucher l'impression d'un col sain. Mais, ici, les bords du col sont minces, tendus, presque tranchants, chauds, douloureux spontanément et au toucher.

De plus, on constate que la dilatation n'est pas abso-

lument arrêtée. Fort lente, elle progresse néanmoins, d'une façon sensible.

En outre, comme le dit Maygrier dans ses leçons de clinique obstétricale, il s'agit le plus souvent de femmes nerveuses, excitables, très agitées pendant le travail.

Autrefois, on observait aussi ce phénomène de rigidité chez les femmes auxquelles on avait administré de l'ergot de seigle. Mais, c'est là une cause rare aujourd'hui, depuis que cette pratique est l'exception.

Enfin, ayant éliminé chez une femme en travail et dont la dilatation ne se fait pas les hypothèses de rigidité anatomique et spasmodique, nous devrons nous demander quelle est la cause pathologique qui arrête la dilatation.

Le toucher nous révèlera les cas rares d'oblitération congénitale du col et, l'interrogatoire de la malade nous éclairera sur la possibilité d'un rétrécissement cicatriciel.

La sensation bien spéciale du col œdématié et l'allongement anormal de cet organe, dans les cas d'hypertrophie, nous décèleront ces états pathologiques.

C'est le toucher encore aidé de l'examen au spéculum qui décèlera un abcès du col, un kyste, une tumeur non ulcérée telle qu'un fibrome, un sarcome, un myxome.

Mais le diagnostic, délicat entre tous, sera celui de *cancer*.

Certes, la notion d'âge interviendra souvent, et nous serons spécialement méfiants chez la parturiente de

40 à 50 ans. Cependant il ne faut pas oublier que le cancer du col de l'utérus à marche rapide n'est pas rare chez les femmes jeunes ; et, c'est surtout au début que le diagnostic de cancer sera difficile à porter.

A cette époque, période latente, le néoplasme n'est pas ulcéré, et, à part quelques hémorragies atypiques dues sans doute à la métrite concomitante, rien n'attire l'attention du clinicien.

Ce n'est qu'en recherchant la cause de l'arrêt de la dilatation que l'accoucheur découvrira une ou plusieurs petites tumeurs saillantes, dures et immobiles. Sur le museau de tanche elles sont recouvertes d'une muqueuse violacée, jaunâtre par endroits.

D'autres fois, l'infiltration est diffuse : le col, augmenté de volume, prend une consistance ligneuse. Il peut arriver aussi que greffé dans la muqueuse du canal cervical, le cancer soulève l'orifice externe, formant un véritable ectropion.

Cette période latente est d'ailleurs courte ; bientôt, l'ulcération se forme et, alors, nous nous trouvons en présence, symptôme capital, d'une femme enceinte qui perd du sang. En même temps, la femme se plaint d'écoulement fluide mélangé à un peu de sang, contenant parfois des fragments sphacélés. Alors, l'odeur de cet écoulement ichoreux devient absolument fétide, repoussante, et, si l'attention éveillée par ces symptômes, on pratique le toucher, le doigt arrive sur la surface ulcérée qui est particulièrement friable et molle.

L'ongle y pénètre et en détache facilement un petit fragment, ou bien, au contraire, la néoplasie se présente

sous l'aspect de bourgeons charnus formant une masse fongueuse et irrégulière.

Elle aussi est molasse et s'effrite sous le doigt qui peut en détacher des fragments.

A cette période, le diagnostic de cancer se fera donc surtout par l'écoulement ichoreux fétide et la notion d'une tumeur molle, friable, saignant facilement.

Si nous avons affaire à un cancer plus avancé, nous aurons en outre des douleurs dues à la propagation de la tumeur comprimant ou envahissant les nerfs.

Le crural, le sciatique sont pris, mais en même temps l'état général de la malade est devenu mauvais. Il y a des phénomènes de propagation, et de compression du vagin, du rectum, de la vessie, de l'uretère, et alors le diagnostic s'impose, au point de vue spécial qui nous occupe.

Il ne s'agit plus de reconnaître la nature de l'ulcération du col ; on se trouve en présence d'un cancer confirmé chez une femme enceinte.

C'est donc plutôt à la période de début, quand le cancer est encore affection purement locale, que son diagnostic présente un intérêt pour l'accoucheur.

Nous venons de voir les symptômes présentés à cette période.

La métrite, elle aussi, présente des fongosités et un écoulement. Mais les fongosités saignent moins, elles ne se laissent pas entamer par l'ongle ; elles résistent au doigt, en lui donnant une sensation particulière d'élasticité ; enfin l'écoulement n'est pas fétide.

Enfin, nous ferons encore le diagnostic différentiel

avec toutes les ulcérations que nous pourrons rencontrer sur le col de l'utérus, en particulier celles d'origine tuberculeuse.

C'est alors que nous serons en droit, ces différentes affections éliminées, de poser le diagnostic de syphilis du col de l'utérus.

Le diagnostic positif de syphilis devra être fait aux trois périodes.

Le chancre, avec les caractères que nous avons décrits avec sa base indurée, est assez net. Volumineux, indolore, dur, il présente à la vue son plateau ulcéré, gris jaunâtre, entouré d'un bourrelet rouge.

Ne saignant pas, peu ou point suintant il s'accompagne de pléiade ganglionnaire inguinale, petite, dure et indolore.

Les accidents de la période secondaire, les syphilides forment elles aussi des tumeurs ulcérées ou hypertrophiques et bourgeonnantes qui s'indurent et constituent ainsi de sérieux obstacles à la dilatation du col.

Nous ne nous étendrons pas sur les caractères déjà décrits des gommes, dont l'indolence et la dureté et l'aspect sont typiques.

Enfin, toutes les fois que la sclérose du col paraîtra susceptible de dépendre de la syphilis, il est indiqué de rechercher chez la malade d'abord, les coïts suspects, puis les manifestations somatiques, qu'elle peut présenter.

C'est ainsi qu'il faudra dépister la roséole, l'alopécie,

la céphalée, les douleurs ostéocopes, les syphilides érosives, bucco-pharyngées et ano-vulvaires.

Cependant ce sont là des accidents de la période secondaire et leur présence n'implique pas forcément la spécificité de l'érosion observée contemporairement sur le col.

Il a pu y avoir un chancre de toute autre localisation, disparu depuis, et l'on peut se trouver simplement en présence d'une malade enceinte et spécifique portant en même temps sur le col une ulcération d'autre nature, une cicatrice, un néoplasme.

Aussi nous voyons dans nos observations plusieurs cas où le mercure a été administré à la fois comme traitement et moyen d'investigation diagnostique.

Il est bien évident que son efficacité lèvera pratiquement tous les doutes. Mais c'était là, il faut bien l'avouer, faire une thérapeutique aveugle, et renverser les règles de l'art médical.

Heureusement, nous possédons depuis peu un élément nouveau de diagnostic certain, et à qui l'appui étiologique donne une valeur de premier ordre. Schaudinn nous a en effet à la fois montré le spirochæte pallida et l'art de le rechercher où sa présence peut être légitimement soupçonnée.

Ce sont là des procédés que nous n'avons pas à décrire ici, mais sur l'importance capitale desquels nous devions particulièrement insister.

Il nous paraît donc que l'on pourra actuellement, le plus souvent, pour ne pas dire toujours, poser à bon escient le diagnostic de lésions syphilitiques du col.

Il n'en resterait pas moins un certain scepticisme sur l'influence effective que peut avoir une simple lésion syphilitique sur l'eutocie des parties molles.

Il nous reste à démontrer que ces accidents peuvent être, à eux seuls, causes de *dystocie*.

CHAPITRE III

DYSTOCIE

D'une façon toute générale, le travail chez une parturiente normale dure de douze à quinze heures chez la primipare, de six à huit chez la multipare.

Etant donné ces chiffres moyens, nous ne pouvons nous empêcher de les comparer à ceux de nos observations relatives à des femmes en travail atteintes de lésions syphilitiques du col.

Seule, la femme citée par Doléris accoucha spontanément au bout de dix heures.

Dans les autres cas la dilatation mit un temps fort long à se produire.

C'est ainsi que dans l'observation I de Putegnat, le travail dura onze jours ; vingt-quatre heures dans celle de Charleoni, quarante-huit heures dans celle de Welponer, quarante-six dans celle de Fasola, trente heures dans le cas de Férouelle, cinquante-quatre dans celui de Le Bigot, etc.

D'après cette courte énumération nous sommes en droit de nous demander à quoi est due cette lenteur de travail. Dans un utérus bien conformé, nous dit Le Camus dans sa thèse, « il existe un rapport entre la force expulsive des fibres musculaires du corps utérin et la force de résistance de l'orifice du col. La syphilis peut prolonger la durée de cette période, soit en augmentant la résistance, soit en diminuant la force des contractions utérines, mais elle agit souvent aussi à la fois sur les deux termes du rapport. »

Donc de par la nature même du tissu utérin malade, la dilatation ne peut se faire.

La présentation fœtale vient en effet « *buter* » contre les *parois rigides* du col, parois qui, comme nous le savons d'après l'anatomie pathologique, ne peuvent se dilater ou, tout au moins, si elles y arrivent, ce n'est que très lentement et d'une façon imparfaite.

Un autre facteur dont nous devons tenir compte comme cause de dystocie encore c'est la *rupture prématurée de la poche des eaux*.

La poche des eaux remplit un rôle puissant dans le mécanisme de l'accouchement.

Celle-ci aide puissamment à la dilatation du col ; elle appuie sur l'orifice utérin et provoque ainsi des contractions utérines réflexes.

La rupture de la poche des eaux n'est pas seulement cause de dystocie pour la mère : elle l'est aussi pour l'enfant dont la circulation fœtale est souvent gênée. C'est là même une des causes pour lesquelles l'enfant naît en état de mort apparente, asphyxié ou mort.

Mais, en réalité, la cause efficiente la plus ordinaire de la longueur du travail chez la syphilitique est l'obstacle mécanique opposé à la dilatation par la lésion spécifique.

Non traité le chancre du col a une durée moyenne de quatre-vingts jours.

Durant ce long laps de temps, les lèvres du col s'épaississent, s'indurent, s'hypertrophient. Le tissu conjonctif prolifère abondamment ; il se développe de la sclérose dans les tissus qui entourent les vaisseaux. Ceux-ci se prennent à leur tour, tandis que l'infiltration cellulaire inflammatoire épaissit encore les tissus. De telle sorte que même après la guérison du chancre initial, il persiste un épaississement plus ou moins inflammatoire qui rendra au moment du travail les conditions très défavorables.

Pour les syphilides les choses se passent de même : elles entraînent elles aussi un épaississement et une infiltration des tissus du col utérin ; aussi leur influence nocive persiste-t-elle après leur disparition.

Enfin, les lésions scléreuses par leur nature même opposent à la dilatation une résistance presque invincible.

L'on conçoit combien leur développement entrave l'élasticité de l'anneau musculaire qu'elles ont envahi.

Aussi, lorsqu'au cours du travail le pôle fœtal comprimé par la musculature de l'utérus vient presser sur le segment inférieur, il trouve une résistance anormale et le travail de l'accouchement subit un arrêt.

Il y a dystocie par résistance des parties molles.

Alors de deux choses l'une : ou bien les puissantes contractions utérines, aidées des efforts de la femme, brisent l'obstacle et, le pôle fœtal, rompant la bride musculaire continue sa descente (c'est ce qui s'est produit dans l'observation de Doléris que nous rapportons et dans laquelle, après dix heures de travail, la tête déchira l'obstacle) ou bien l'anneau musculaire sclérosé, résistant aux pressions, le muscle utérin usè vainement sa force de contraction, et à un moment donné, l'inertie utérine s'installe.

Alors, la situation est critique pour le fœtus, grave pour la mère.

Celui-là va immanquablement périr dans la cavité utérine, et la mère se trouve exposée à toutes les complications qu'entraînent pour elle, la présence d'un fœtus mort.

Nous verrons dans nos observations que, plusieurs fois, l'accoucheur restant dans l'expectative jusqu'à la mort du fœtus, est ensuite intervenu par la basiotripsie pour, à travers l'anneau incomplètement dilaté, délivrer la mère du produit de la conception.

Outre qu'il sacrifie, de propos délibéré, l'existence du fœtus, ce procédé a l'inconvénient d'exposer la mère à une opération délicate et aux multiples chances d'infection qu'elle entraîne.

Nous nous proposons dans le prochain chapitre d'étudier les autres modes d'intervention, et, choisissant entre eux, de déterminer quelle doit être la conduite de l'accoucheur en présence d'une dystocie de cette nature.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Le traitement de la sténose syphilitique du col de l'utérus varie suivant le moment auquel on est appelé à donner ses soins.

S'il nous est donné d'examiner la malade durant le cours de la grossesse, le traitement mercuriel intensif s'impose.

Il s'impose à un double point de vue d'abord pour permettre à la grossesse de se prolonger jusqu'au terme normal, car il ne faut pas oublier que la syphilis est une *cause primordiale* de la *mort habituelle* du fœtus *in utero*, ensuite parce que nous avons quelque chance de modifier les accidents sclérosiformes, en particulier, ceux produits par la lésion primitive, le *chancre induré*.

Nous instituerons donc, pendant le cours de la grossesse, le traitement intensif.

Ce traitement consistera soit en injections quotidiennes de benzoate de mercure, à la dose de 2 cen-

tigrammes, soit, si celles-ci sont mal supportées, en frictions d'onguent napolitain.

Mais le mercure, pour arriver à d'heureux résultats comme ceux relatés dans l'observation de Doléris, demande du temps ; aussi il agit plutôt sur la prophylaxie de la dystocie que sur la dystocie elle-même.

Cette thérapeutique médicale, excellente pendant la grossesse, ne nous est d'aucune utilité donc, pendant le travail.

Notre conduite, à cette période, dépendra d'une multitude de circonstances, en particulier de l'état du col, de l'intensité des contractions utérines, de la résistance de l'enfant *in utero*, de la rupture prématurée des membranes.

Si la lésion du col de l'utérus est peu prononcée, les contractions de la mère, fortes et loyales, les bruits du cœur de l'enfant, normaux, nous sommes dans ce cas autorisé à attendre quelques heures : il pourrait en effet se faire que l'accouchement se fasse spontanément, comme dans les observations de Martin, de Brassart.

Mais, il n'en est malheureusement pas toujours ainsi : la lésion utérine peut être plus ou moins généralisée, l'orifice utérin dur, inextensible, les contractions violentes et douloureuses.

La femme souffre depuis des heures et même des jours ; la dilatation ne se fait pas ou reste stationnaire.

Ici, l'expectative ne nous est plus permise sous peine

de voir succomber la mère ou l'enfant, souvent les deux. Il faut donc agir. Comment interviendrons-nous?

Plusieurs procédés sont à notre disposition ; sans nous attarder sur les moyens médicaux tels que les bains de siège les injections vaginales chaudes, le chloral, le chloroforme, ceux-ci méritent néanmoins d'être mentionnés, ils ont dans quelques cas rendu des services appréciables.

Signalons également dans la thérapeutique médicale l'emploi de la cocaïne à 10 0/0 préconisé par Doléris.

A ces procédés médicaux s'en ajoutent d'autres plus énergiques et d'une efficacité plus grande, ce sont les ballons dilatateurs de Barnes, de Champetier, de Tarnier. Cette application peut quelquefois devenir impossible, lorsque par exemple la tête de l'enfant est serrée contre le col de l'utérus comme dans l'observation de Brassart que nous rapportons. Appliquer un ballon dans ce cas pour repousser la tête, c'est risquer une rupture utérine.

De plus, pour que cette méthode agisse, encore faut-il que la femme ne soit pas épuisée et que les contractions utérines soient assez fortes.

Quant au dilatateur de Tarnier, bien que ce soit là un instrument assez précieux, il ne donne cependant pas entière satisfaction.

La dilatation avec cet instrument est toujours incomplète, et il faut terminer l'opération, presque toujours, soit par une basiotripsie comme dans le cas de Le Camus, soit par un forceps comme dans l'observation de Rémy, Seul, dans le cas de Schmidt l'accouchement

se termina spontanément après une application de l'écarteur de Tarnier.

Mais tous ces procédés ne permettent également pas d'agir vite.

C'est alors que nous pouvons mettre à profit les *interventions sanglantes.*

Celles-ci sont de deux ordres :

1° Les *simples débridements ;*

2° L'*opération césarienne.*

Les simples débridements auxquels nous aurons recours, quand la dilatation bien qu'incomplète est cependant suffisamment avancée, ces débridements, disons-nous, peuvent s'exécuter sous deux formes.

a) Incisions petites et multiples ;

b) Incisions profondes.

Les incisions petites et multiples ont admirablement été réglées par Tarnier.

Voici *in extenso* ce que ce maître nous dit :

« On place un bistouri boutonné sur l'index et on le conduit jusque sur l'orifice que l'on coupe en sciant et en pressant tout à la fois. La plus grande partie de la lame de l'instrument aura été préalablement recouverte d'une bande de toile pour protéger le vagin. Les incisions multiples se présentent ici avec tous leurs avantages et exposent beaucoup moins à une déchirure qu'une seule incision ; il est rare qu'on soit obligé de leur donner plus d'un centimètre d'étendue et même moins, car, presque toujours on se contente de faire sur le pourtour de l'orifice une plaie de quelques millimètres seulement. On incisera de préférence les parties

latérales du col ; en cas de besoin on peut néanmoins porter l'instrument sur la lèvre antérieure et enfin sur la lèvre postérieure.

Cette opération est simple dans la majorité des cas ; on peut cependant y rencontrer quelques difficultés, pour le maniement d'un bistouri ordinairement. C'est alors qu'on emploie un bistouri boutonné courbe en forme de croissant tranchant sur son bord concave.

Pour mon compte personnel, je donne presque dans tous les cas la préférence à des ciseaux courbés en bec de corbin. On guide cet instrument avec l'index ; on entr'ouvre au niveau de l'orifice et l'on engage l'une des lames entre l'œuf et l'orifice ; après quoi on l'incise. »

Ces incisions petites et multiples luttent, certes, efficacement contre la sténose ; mais, comme le montrent un grand nombre de nos observations, elles sont accompagnées le plus habituellement d'autres interventions obstétricales, tels que le forceps, les ballons.

Toutes ces manœuvres en milieu infecté entraînent souvent un taux élevé de mortalité.

C'est ainsi par exemple que 6 applications de forceps et incisions nous relatent 4 morts du côté de la mère, 2 du côté du fœtus.

Il en est très souvent de même des incisions profondes que l'on pratique sur les lèvres antérieure, postérieure et latérales. Il semble à ce point de vue moins grave de recourir aux incisions profondes, qui permettent moins de tiraillements.

Néanmoins, celles-ci peuvent devenir redoutables par l'hémorragie qu'elles entraînent à la suite.

Aussi, en raison de cette complication souvent sérieuse, il vaut mieux, dans les cas où il s'agit de retirer un enfant mort de l'utérus, pratiquer la basiotripsie.

Il va sans dire que c'est une opération à *condamner* sur un enfant vivant : « *La basiotripsie sur l'enfant vivant a vécu.* » (Pinard).

Mais, si les incisions profondes restent infructueuses, nous disposons heureusement d'une autre thérapeutique autrement efficace sur l'enfant : ce sont les *opérations césariennes.*

L'opération césarienne vaginale, au moins dans son type absolu, n'a pas à notre connaissance été pratiquée et ne doit du reste point être recommandée.

C'est là une opération aveugle, et elle a l'inconvénient en outre d'avoir pour champ d'action un tissu déjà infecté.

On peut néanmoins s'en rapprocher par des incisions profondes pratiquées à la manière de Dürhssen, incisions dont nous avons déjà parlé plus haut.

Si pour une cause quelconque, la section de l'utérus par cette voie est impossible, il faut sans hésiter recourir à la voie abdominale.

Cette opération césarienne elle-même peut être conservatrice ou suivie d'hystérectomie.

Quelles sont maintenant les indications qui plaident en faveur de l'une ou de l'autre?

L'hystérorraphie n'est de mise que si tout l'œuf est aseptique.

C'est là un cas rare. Presque toujours la poche des eaux est rompue au moment où l'on se décide à inter-

venir; il est préférable alors de faire suivre la césarienne d'hystérectomie.

Cette hystérectomie, elle-même, peut être :

a) totale;

b) subtotale.

On peut encore dans ce cas discuter l'opération de Porro.

Dans les cas infectieux graves, il faut recourir à l'hystérectomie totale.

Il sera préférable de recourir à une subtotale toutes les fois que le praticien sera bien aidé et bien outillé : celle-ci est plus facile, donne moins d'hémorragie que la totale, et enfin, parce que dans le cas de syphilis du col, le vagin est infecté.

Pour un médecin de campagne, le Porro doit être préféré à cause de sa rapidité et de sa simplicité. « On trouve toujours une broche et une ligature », a dit Pinard, dans la séance du 12 novembre 1906, à propos d'un cas d'hystérectomie totale.

C'est donc là une opération de nécessité qui est à la portée de tout le monde.

Enfin, depuis quelques années, *l'opération césarienne par la voie abdominale* semble donner de bons résultats.

Pour pratiquer cette opération, la malade est mise en position déclive, et l'on fait une laparotomie médiane. L'incision doit être longue pour permettre le passage de la tête fœtale.

Dans l'observation que nous rapportons de notre maître, le Dr Proust, l'incision partait de la symphyse

pubienne et remontait à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

L'utérus est amené hors du ventre et le champ opératoire est muni de compresses. L'on est ainsi à l'abri de toute inoculation septique par le liquide amniotique.

Ceci fait, dans un second temps, on incise l'utérus : on pratique pour cela une boutonnière au bas de l'utérus, on y introduit le doigt et sur ce doigt comme guide, on fait par en haut une incision de 16 centimètres environ aux ciseaux. Cette incision est verticale généralement.

Fritch a préconisé l'incision transversale du fond de l'utérus.

Dans un troisième temps de l'opération, l'on continue par l'incision des membranes et l'extraction du fœtus.

Celui-ci extrait, on sectionne le cordon, et on le confie à un aide.

On procède immédiatement à l'extraction du placenta.

On pratique ensuite les sutures de l'utérus, puis celles de la paroi abdominale.

Tels sont, en résumé, les différents temps de l'opération césarienne, opération que nous voudrions voir se vulgariser dans les sténoses serrées des lésions syphilitiques du col de l'utérus.

OBSERVATIONS

Observation I.

Putegnat, in *Journ. de médec. de Bruxelles*, juillet 1868.

Dystocie par induration syphilitique.

Le 2 novembre 1864, à 11 heures du matin, je suis appelé par deux de mes collègues, MM. C... et Si..., auprès d'une dame âgée de 27 ans, primipare, dans les maux de l'enfantement et assistée d'une matrone. Le premier de ces docteurs voyait la patiente depuis huit jours; le second venait seulement de l'examiner pour la première fois.

Celui-là me raconte, en présence de son confrère et de la sage-femme, que la patiente, enceinte de sept mois, est en travail depuis onze jours; que le col de l'utérus, présentant une ouverture dont l'aire égale celle d'une pièce de deux francs, est épais, dur et bosselé et que cet état a été combattu en vain par des injections émollientes, de grands bains et de la pommade de belladone; que, maintenant, cette dame a des frissons, du délire et un pouls très fréquent, accidents contre lesquels est administrée une potion contenant du sulfate de quinine, de l'alcoolature d'aconit, etc.

Ainsi renseigné, j'examine la primipare. Mariée depuis sept mois, cette dame, petite, délicate, aux cheveux rouges, au teint chloro-anémique, perdant par le vagin, et depuis longtemps, un écoulement sanieux et fétide, est couchée sur son côté droit, les cuisses repliées sur le ventre.

Ses yeux sont à demi-voilés, sa peau est chaude et couverte d'une moiteur, quoique la patiente accuse un grand froid. Elle a des vomissements. Son pouls très faible, mais régulier, donne 120 pulsations à la minute. Son ventre est douloureux sous la plus légère pression; elle ne cesse de se plaindre, et de demander du soulagement.

Le toucher vaginal me donne des renseignements que voici : vagin humide et brûlant; col utérin ouvert comme on me l'a dit; sa moitié gauche, dure, est épaisse d'un centimètre; son segment droit, moins dilaté et dilatable, est très dur, un peu inégal, épais de 2 centimètres, a sa surface antérieure et interne ulcérée, inégale, qui laisse échapper un liquide sanieux, rougeâtre et fétide.

Le fœtus, mort depuis dix jours, suivant le renseignement fourni par la matrone, est en première position diagonale du sommet de la tête, en occipito-cotyloïdienne gauche.

En présence de cet ensemble de symptômes locaux, généraux et constitutionnels, j'annonce une mort très prochaine causée par l'épuisement, résultat de l'état cachectique spécial d'un trop long travail inutile et de la résorption de pus fourni par l'ulcération spécifique de la portion droite du col utérin.

Je déclare en outre reconnaître, pour cause première à tous ces accidents, une infection syphilitique, et affirme au mari qu'il a eu la vérole, ce que celui-ci reconnaît en déclarant qu'avant son mariage il s'est fait traiter pour des chancres.

Devant mes déclarations bien nettes et corroborées par celles de mes collègues, le mari justement effrayé et affligé déclare et demande à grands cris qu'on ait recours à tous les moyens pour essayer de sauver sa femme.

Alors les trois accoucheurs déclarent que la seule mais excessivement faible chance de salut qui reste, consiste à fendre le col de la matrice et à aller chercher l'enfant.

Non seulement, le mari accepte ces moyens extrêmes et très incertains, mais il supplie qu'on les emploie le plus tôt possible.

Immédiatement le Dr C... fait avec un bistouri boutonné deux incisions sur le col. Pendant ce temps, chargé que je suis par mes deux confrères d'exécuter la version, je donne du malaga à la parturiente et fais cautériser avec le nitrate d'argent une plaie saignante que je porte sur l'indicateur de la main droite.

J'amène assez facilement le pied gauche de l'enfant entre les grandes lèvres, non cependant sans avoir employé un peu de force pour entrer dans la matrice. Pendant que la matrone prend la jambe dans un lac, le Dr Si..., qui surveille la patiente m'engage à examiner celle-ci qui peu après présente des mouvements convulsifs.

Je suspends l'opération et quelques instants après la martyre meurt.

Si l'opération essayée en désespoir de cause avait été pratiquée huit à dix jours plus tôt, aurait-on eu raison d'espérer quelque peu sauver cette jeune dame ?

Si l'on ne peut résoudre cette question on a le droit de se la poser.

Observation II

PUTEGNAT. *Ibid. Ibid.*

En octobre 1860, Mme X..., âgée de 29 ans, épouse d'un mécanicien, petite brune, d'une santé habituelle assez piètre, est dans les maux de l'enfantement depuis environ treize heures quoique grosse de huit mois, et est assistée d'une matrone qui, attendu l'excessive lenteur du travail et l'épuisement de la patiente a demandé, d'accord avec toute la famille, un docteur.

Rencontrant la tête de l'enfant en première occipito-diagonale gauche dans l'excavation et ne voyant nul obstacle causé soit par le bassin osseux, soit par les parties charnues, je fais administrer 2 grammes de seigle ergoté, fraîchement pulvérisé en quatre fois, à un quart d'heure d'intervalle. A mon retour, une heure après, ce moyen n'ayant point réveillé les contractions utérines, j'applique le forceps et extrais un enfant chétif maigre, au teint bistré, avec cet aspect sénile que j'ai décrit soigneusement et que Faguer a tracé en ces termes, *jam fatalem typum insculpsit maxime precox.*

Cet enfant a vécu trois jours.

Cette dame avait la lèvre antérieure du col utérin, rongée par un chancre et portait des plaques muqueuses à l'anus, sur les grandes lèvres et les piliers du voile du palais.

Son époux interrogé avec une extrême précaution par moi m'a avoué s'être marié ayant des végétations humides sur le gland et le prépuce et que, sans le conseil d'aucun docteur, il a traitées et fait disparaître par des applications d'alun en poudre.

Pour obtenir la cure de cette dame, il m'a fallu cinq mois.

En même temps, j'ai fait subir au mari à l'insu de son épouse le traitement.

Observation III

PUTEGNAT. *Ibid. Ibid.*

Mme X..., 21 ans, hystérique, aux formes peu accentuées, tombe en février 1865 dans les maux de l'enfantement, vingt à vingt-cinq jours environ avant le terme de sa grossesse. Le défaut d'énergie et de durée des contractions utérines contre lequel le seigle ergoté est employé en vain, me contraint à appliquer le forceps sur la tête en première diagonale de l'occiput, arrêtée au moment de sa rotation. J'amène sans grands efforts une fille que présente, suivant l'expression de Doublet, la miniature de la décrépitude, causée par la cachexie syphilitique.

L'enfant est morte le quatrième jour.

La mère, qui a un tubercule plat à la commissure anale en avant, présente une vaste et profonde ulcération, évidemment syphilitique, qui a rongé la commissure droite du museau de tanche et une portion des deux lèvres, spécialement de l'inférieure.

Un traitement de la durée de quatre mois a débarrassé cette jeune femme de son affection. J'ai en même temps soigné le mari.

Observation IV

PUTEGNAT. *Ibid. Ibid.*

En novembre 1850, une brodeuse, grande et forte, blonde, d'une heureuse santé habituelle, âgée de 19 ans, infectée par

un sous-officier, est dans les maux de l'enfantement depuis vingt-deux heures, et, assistée d'une matrone, qui me fait appeler. A mon arrivée la sage-femme m'annonce une infection syphilitique, reconnaissable à de nombreuses plaques muqueuses et végétations sur les grandes lèvres.

Le surmenage était évident, la patiente à bout de forces, et un grand bain et le seigle ergoté n'ayant amené aucun bon effet, j'ai recours immédiatement au forceps que j'applique sur la tête de l'enfant en troisième diagonale, ayant à peu près terminé sa rotation.

J'amène un enfant de huit mois, mort depuis quelques heures et aussi malingre que possible.

Trois jours après, je reconnus que cette fille portait une ulcération, évidemment syphilitique, à fond dur, à bords un peu élevés, rougeâtres et saignants, qui avait rongé la commissure droite et toute la lèvre postérieure du museau de tanche. J'ai guéri cette fille de sa vérole.

Mariée deux années après, elle a eu trois enfants très sains.

Observation V

PUTEGNAT. *Ibid. Ibid.*

En janvier 1855, j'ai délivré par le forceps une primipare de 24 ans, enceinte de huit mois et demi, épouse d'un aubergiste, qui, étant militaire, avait eu des chancres sur le gland dont il n'avait été traité que par le brigadier de l'infirmerie de son régiment.

Cette jeune femme avait des tubercules plats sur les grandes

lèvres, et à l'anus et sur les commissures labiales et sur le voile du palais.

De plus elle avait un vaste chancre sur le bord de la lèvre postérieure du col de la matrice.

En tombant au monde l'enfant qui n'a vécu que deux jours, a présenté cet ensemble qu'il est difficile d'exprimer, comme le dit Bertin, mais dont le caractère particulier n'échappe pas au médecin éclairé.

Observation VI

CHARLEONI in *Annal univers. di Medic. Milano*, 1873.

Della sifilide in rapporto colla distocia.

Une femme primipare âgée de 22 ans, entre à l'hôpital de Milan fin juillet 1873.

Lorsqu'on la reçut, on trouva sur les organes génitaux une ulcération syphilitique. Selon la malade, l'infection remonterait aux derniers jours de mai 1873.

Au toucher, on constate une surface ulcéreuse autour de l'orifice externe du col de l'utérus. Adénopathie inguinale double légèrement douloureuse. La grossesse était à la fin du septième mois. L'enfant se présentait en O.I.D.P. Aucun traitement syphilitique n'a été institué jusqu'alors, et le professeur Chiara, dans l'espoir que les manifestations secondaires de la syphilis coïncideraient avec le terme physiologique de la grossesse ou le précéderaient de peu, se borna à des prescriptions de propreté et à des applications locales d'onguent, de calomel et d'opium.

Dans les premiers jours d'août apparurent des manifestations

secondaires importantes qui l'engagèrent à instituer un traitement spécifique (Protoïodure et iodure de potassium).

Bains fréquents.

Le 21 septembre, le travail se déclara, on diagnostiqua une grossesse gémellaire.

Sur les grandes lèvres existait un œdème remarquable, une infiltration totale due certainement à un exsudat néoplasique qui leur communiquait une dureté toute particulière, ne cédant pas ou cédant peu sous le doigt.

Évidemment, continue le professeur Charleoni, il s'agissait en ce cas de l'état morbide décrit par M. Fournier sous le nom d'induration scléreuse.

Le col de l'utérus était dilaté d'environ 2 centimètres ; le segment inférieur de l'utérus était considérablement épaissi, tendu, d'une dureté qui rappelait le tissu fibro-cartilagineux, dureté qui s'étendait tout autour de l'orifice à 1 centimètre des bords et plus spécialement en avant.

On administre un bain de siège et des irrigations vaginales. La nuit se passa avec de rares et faibles contractions et le matin suivant, 22 septembre, l'état du col avait peu changé et l'on fit donner une douche descendante avec 30 litres d'eau tiède, durant laquelle les membranes se rompirent. Écoulement modéré du liquide amniotique.

Vers huit heures du soir, le professeur se décide à faire des scarifications multiples sur l'orifice utérin, avec un bistouri boutonné. Ces scarifications rendirent presque immédiatement expulsives les douleurs qui auparavant étaient faibles et rares.

Vers neuf heures on administre 50 centigrammes de seigle ergoté. A dix heures la tête avait exécuté son mouvement de rotation et apparaissait à l'orifice vulvaire qui résistait à l'action

combinée des forces utérines et des muscles abdominaux. Aussi vers onze heures on intervint par une application de forceps et on amena le premier enfant en état d'asphyxie grave dont on ne put le tirer. A onze heures et demie le second fœtus naquit spontanément vivant.

La grande lèvre droite dans son tiers inférieur se déchira aussi nettement que si elle eût été sectionnée par une lame. Les suites des couches furent normales.

Observation VII

WELPONER, in : *Centralbl. fr. Gynecol.*, 1881, p. 223
et in : Thèse Paris, LE CAMUS, 1891, p 33.

Rigidité syphilitique du col.

Une femme de 24 ans, secondipare, se présente à la clinique du professeur G. Braun-Fernwald, après la rupture de la poche des eaux. L'auteur trouve le col dilaté de 3 centimètres, gonflé, dur, formant autour de la tête un bourrelet de l'épaisseur d'un doigt et sur ce bourrelet s'implante une petite tumeur de consistance cartilagineuse. Deux tumeurs analogues siègent à la paroi postérieure du vagin. Les traces d'une roséole, les engorgements ganglionnaires, ne permettent pas de méconnaître la nature syphilitique de cette tumeur.

L'auteur fait avec les ciseaux de Sims cinq incisions de 1 centimètre et prescrit les bains de siège. Cependant le col ne laisse pas passer la tête. Le forceps appliqué amène à la vulve à la fois la tête et le col, et de nouvelles incisions sont nécessaires. Malgré toutes les précautions, le col se trouve déchiré jusqu'à l'insertion vaginale.

L'accouchement a duré quarante-huit heures. On fit de fréquentes injections ; les lochies ont été longtemps teintées de sang.

L'utérus est revenu lentement sur lui-même. L'enfant vivant pesait 2,750 grammes.

Observation VIII

Martinetti, in *Archives de Tocologie*, Paris, 1884, page 195.

Un nouveau cas de sclérose syphilitique du segment inférieur de l'utérus, comme cause de dystocie. Scarlatine dans les suites de couches.

L'auteur rappelle d'abord la première observation relatée dans le numéro de décembre 1883 des *Annales d'obstétrique italiennes*. Voici la seconde: N..., 17 ans, entre le 10 décembre 1883. Pas de maladies antérieures graves ; débilité et anémie actuelles ; réglée à 14 ans. Défloréе par violence à l'âge de 7 ans, elle continua à avoir des rapports sexuels ; enceinte pour la première fois, elle est en proie aux douleurs de l'enfantement. L'examen révèle tous les signes d'une grossesse à terme, avec une présentation du sommet en O. I. D. Efflorescences syphilitiques multiples. La vulve étant très dilatée et bordée de caroncules, on aurait pu croire à une grossesse antérieure si la femme eût eu la moindre raison de nier le fait. Elle avoue d'ailleurs que l'homme qui l'a fréquentée est syphilitique, mais qu'elle pensait s'être mise à l'abri de la contamination. Vagin large et souple. Le col est difficile à reconnaître au toucher et même à l'examen au spéculum ; les lèvres sont agglutinées par un amas épithélial. Le segment inférieur de l'utérus tout entier donne

au doigt une sensation de rigidité et de dureté, comme cartilagineuse. Les douleurs sont intenses et la tête engagée, néanmoins les contractions utérines, bien que très énergiques, ne réussissent point à dilater le col. Le professeur Chiara, avant de songer à toute autre intervention, cherche à vaincre la résistance de l'orifice par l'introduction du doigt. L'agglutination cède, mais le segment utérin induré résiste une heure environ. La lèvre antérieure finit par se dilater brusquement, néamoins, à la suite de ces efforts ; et la dilatation devient bientôt complète. La femme accouche d'un garçon bien conformé.

Dans les suites de couches, elle fut atteinte de scarlatine. L'auteur, après une courte discussion sur la nature de l'éruption scarlatineuse puerpérale, penche en faveur de la spécificité de cette affection qu'il considère comme distincte de la scarlatine ordinaire. Dans le cas actuel, rien ne permettait d'accepter l'idée d'une contagion épidémique quelconque de ce genre ; quant à admettre un cas sporadique, ces faits sont toujours inexplicables et ne fournissent d'arguments ni pour ni contre. Douze heures après l'accouchement, frisson intense qui dura deux heures, fièvre vive et éruption générale d'emblée. Celle-ci commença à décroître à partir du soir du deuxième jour, mais elle se maintint à la face et le quatrième jour elle persistait encore sur le cou, la poitrine et au niveau des articulations. Disparition à la fin du sixième jour et desquamation régulière. (*Annali di ostetricia*, janvier 1884.)

Observation IX. — Martinetti (Antonio).

Un caso di distocia meccanica del canal molle probabilmente di natura sifilitica.

Ann. d'Ost., Milano, 1883, V, 733.

Il s'agit d'une femme de 23 ans, domestique, d'aspect florissant quoique de tempérament lymphatique ; taille : 1 m. 48. Pas d'antécédents héréditaires : père et mère vivants et bien portants ; deux sœurs, plus jeunes, également bien portantes. Entre à l'hôpital le 7 octobre 1883.

Antécédents personnels. — Variole et scarlatine dans l'enfance. N'a pas eu d'autres maladies.

Réglée pour la première fois à 16 ans : menstruations très régulières. A eu des rapports sexuels depuis quatre ans avec un seul et même homme ; et le 15 février dernier, elle se croit enceinte parce qu'elle n'a pas revu ses règles ; présente les premiers symptômes de la grossesse. Les rapports sexuels continuent jusqu'au septième mois et demi de la grossesse. A ce moment apparaît l'affection syphilitique : chancre induré de la fourchette. Par le vagin, écoulement blanchâtre, puriforme, très fétide. Dans les premiers jours d'octobre, roséole généralisée sur tout le corps. Injections. La malade se découvre sur la face interne du vagin, une énorme quantité d'excroissances, à forme arrondie, peu résistantes, tout à fait indolentes et entre à l'hôpital.

Examen. — Coloration vineuse et tuméfaction des parties génitales externes. A la fourchette, ulcération de 2 centimètres environ de diamètre ; sur la grande lèvre droite, autre ulcération plus petite. En écartant les petites lèvres, ragades ulcéreuses sur le pourtour hyménéal. Ecoulement jaunâtre, abon-

dant, par le vagin. A la palpation, les organes génitaux externes sont indurés, surtout à droite. Au toucher, rétrécissement du vagin, qui est couvert de végétations nombreuses. Induration des grandes et petites lèvres droites. Col utérin très dur, tout à fait imperméable et petit. Examen rectal négatif. Traitement spécifique.

27 *octobre.* — La femme entre en travail à 6 h. 1/2 du matin. Les mensurations abdominales sont les suivantes : circonférence à l'ombilic : 20 centimètres ; distance du pubis à la pointe sternale : 36 centimètres ; distance du pubis à l'ombilic : 17 centimètres.

Le fond de l'utérus remonte plus haut que l'ombilic et est un peu rejeté à droite. Par la pelvimétrie, on obtient les chiffres suivants :

Circonférence pelvienne.	86	centimètres
Diamètre entre le S. I. A. S.	21	—
Diamètre entre les crêtes iliaques	22	—
Diamètre oblique droit.	24	—
Diamètre oblique gauche.	24	—
Distance entre les grands trochanters. . . .	29	—

Palpation. — Extrémité céphalique au détroit supérieur ; dos fœtal à gauche. Battements fœtaux dans le quart inférieur gauche. L'ulcération vaginale évolue vers la guérison. L'orifice externe du col est gros très dur, résistant : dilatation de 2 centimètres.

Présentation du sommet en O. I. D. P. — Douleurs utérines très fortes. Le soir du même jour, dilatation de 4 centimètres ; à partir de ce moment, la dilatation ne varie plus.

28 *octobre.* — Le fœtus se comportant très bien, on attend encore pour voir si le col va se dilater.

29 *octobre.* — Pas de modifications. Intervention. Incisions

cervicales multiples avec le bistouri boutonné de Dubois, les ciseaux ne pouvant arriver à couper les tissus extrêmement indurés. L'opérateur a l'impression de couper dans du tissu fibreux. Au spéculum, on ne trouve pas d'ulcération du col.

On obtient de la sorte une dilatation de 6 centimètres ; mais on ne peut aller au delà. Episiotomie. Forceps.

Mensurations du fœtus :

Longueur.	46	centimètres.
Diamètre occipito-mentonnier.	13	—
— fronto-occipital	10 1/2	—
— bi-pariétal anatomique. . . .	8 1/3	—
— bipariétal obstétrical.	8	—
— sous-occipito bregmatique. . .	9 1/2	—
— — mentonnier . . .	8 1/2	—
— — frontal	9 1/5	—
— bimastoïdien	8	—
— mento-bregmatique	10 1/2	—
— mento-frontal	7 1/2	—
— trachéo-frontal	7	—
— trachéo-bregmatique.	10	—
— trachéo-occipital	11 1/2	—
— biacromial	10 1/2	—
— sterno-dorsal	7 1/2	—
— sacro-pubien	7	—
— bitrochantérien	8	—

Suites. — Fièvre pendant les neuf premiers jours (T. : 39°). Œdème des grandes lèvres ; aspect diphtéroïde des plaies vaginales. Puis les jours suivants, amélioration. Condylomes toujours en grand nombre dans le vagin. Grandes lèvres moins indurées. Col utérin moins sclérosé ; mais sa lèvre antérieure

est adhérente au cul-de-sac vaginal correspondant. Amélioration des accidents syphilitiques. Rétrécissement considérable du vagin. L'infection syphilitique a provoqué chez cette femme une anémie extrême.

Observation X

Fasola : In *Ann. univers. di med. Milano*, 1886, p. 80, et in Thèse Paris Le Camus, p. 45.

Contributo allo studio dell' induramento e dello scleroma sifiliticó al genitali femminei.

La femme qui fait le sujet de cette observation est entrée à la clinique de Florence le 13 mars 1885. Grande, de bonne constitution, bien conformée, elle n'a jamais été malade dans son jeune âge.

Réglée pour la première fois à 12 ans, et depuis régulièrement, elle ne cessa de voir que pendant deux grossesses suivies d'accouchements à terme et de suites de couches normales.

Cette femme contracta la syphilis depuis le dernier accouchement au mois de mars 1884.

Dernièrement, le 13 mars 1885, elle est reçue à la maternité, parce que enceinte presque à terme, depuis quatre jours elle avait été avertie par la perte de liquide amniotique et quelques contractions utérines.

L'état général est bon ; l'utérus dur, toujours contracté, rendait impossible le palper. On n'entendait pas les bruits du cœur fœtal.

Les organes génitaux externes sont sains. Le canal vulvo-vaginal dilatable: le vagin lisse ; le col de l'utérus pas complè-

tement effacé, *dur, comme fibreux, l'orifice externe difficilement perméable.*

A 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'orifice, on sent un bourrelet dur, épais, qui fait obstacle à la descente de la présentation qu'on n'arrive pas à reconnaître avec certitude, mais qu'on suppose être une épaule.

Après un bain tiède, des injections vaginales abondantes, et une injection de morphine, la femme passa une bonne journée et une bonne nuit. Les douleurs utérines disparurent jusqu'au matin du 19. Dans l'intervalle, je cherchais souvent, mais en vain, à faire la version par manœuvres externes et combinées.

Le 19 mars : T. M : 38°.7. Pouls : 100. R. : 32.

Il s'écoule du vagin quelques mucosités sanguinolentes fétides ; le col de l'utérus est effacé, dilaté à un centimètre.

Ses lèvres sont épaisses, dures et résistantes. Toujours présentation de l'épaule. On fait une injection vaginale au sublimé et on introduit une grosse sonde élastique dans l'utérus. Peu de douleurs jusqu'au lendemain matin.

Le 20 mars : T. M. : 38°.8. P. : 120. R. 38.

Le malade est agitée ; elle se lamente; douleurs continuelles. L'utérus reste toujours contracté en permanence. Écoulements muco-sanguinolents, fétides, des parties génitales. Col dilaté de 3 centimètres.

Lèvres épaisses et dures.

Le segment inférieur de l'utérus est aussi épais et résistant.

Le fœtus se présente par l'épaule droite, dos en avant ; il existe des signes manifestes de putréfaction.

Cet état impose la prompte extraction du fœtus, pour laquelle le professeur Chiara prévoyait des difficultés. Après quelques moments d'hésitation entre l'opération césarienne et l'embryo-

tomie, le professeur Chiara se décide pour la dernière qu'il m'engage à faire.

La femme chloroformée, la main gauche étant introduite pendant qu'un aide tient fixé le fond de l'utérus, je pénètre avec deux doigts dans le col que je débride au moyen de six ou sept incisions faites sous le côté avec les ciseaux. Ensuite, la même main gauche servant de guide, j'introduis un crochet aigu et l'applique sur la paroi abdominale du fœtus. Je réussis à pénétrer profondément dans la cavité péritonéale, et par des manœuvres lentes et difficiles je fis l'éviscération. On chercha ensuite à faire la version podalique, mais c'est en vain. Après ces tentatives répétées, le bras droit fait procidence à la vulve; on fixe celui-ci et on réussit à accrocher le cou du fœtus avec le crochet de Braunn et à produire la décollation en aidant l'action du crochet, avec quelques coups de ciseaux (ciseaux d'Asdrubali.)

Les tractions énergiques pratiquées sur le bras procident pour extraire le tronc, sont neutralisées par la résistance du segment inférieur de l'utérus et amenèrent l'arrachement du bras. J'essaye, sans résultat, d'arracher le tronc et de tirer. Deux autres opérateurs font la même tentative et tout aussi infructueusement, pendant que je me repose.

Dans de telles conditions le professeur Chiara me conseille de pratiquer les nouvelles incisions sur le col pour faire pénétrer ma main dans l'utérus et saisir un pied. Je réussis ainsi à accomplir l'extraction du tronc par la version. Il ne me fut pas difficile ensuite d'extraire la tête en accrochant le maxillaire inférieur avec un crochet aigu. Quelques minutes après, la délivrance se fit naturellement.

L'opération avait duré plus de deux heures, et, plusieurs fois, on fut obligé de suspendre la chloroformisation, pour menace d'asphyxie.

Après une opération si grave, suivie d'hémorragie assez abondante la pauvre femme tomba dans un profond collapsus dont on ne put la tirer ; elle succomba peu après.

Le fœtus sans les viscères pesait 2.700 grammes, et commençait à être putréfié.

Les annexes pesaient 500 grammes. Le tissu placentaire était grisâtre, mou et friable.

L'autopsie faite à l'Institut anatomo-pathologique ne montre rien de spécial en dehors de l'appareil génital. On observe des lacérations peu étendues dans le canal vulvo-génital et quelques abrations dans le vagin.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, on note une déchirure profonde qui se prolonge sur le col utérin et le segment inférieur de l'utérus jusqu'au péritoine.

L'utérus avec les annexes pèse 1.218 grammes.

L'orifice du col présente de nombreuses incisions et, à gauche, la déchirure que nous avons signalée. Rien de particulier à la surface externe.

La cavité étant ouverte par une incision médiane de la paroi postérieure, on observe à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'orifice du col (région qui correspond approximativement à l'anneau de Bandl) un relief circulaire formé par un tissu extraordinairement dur, comme cartilagineux, qui se continue en haut sur le corps de l'utérus d'une façon irrégulière. La dureté extraordinaire du tissu qui forme cet anneau, le fait distinguer facilement du reste du tissu utérin qui paraît macroscopiquement conserver sa structure normale ; le tissu supérieur,

c'est-à-dire la partie où se trouverait le placenta (au fond de l'utérus et à droite) paraît aussi sain.

La mensuration de l'utérus, faite après qu'il eût séjourné longtemps dans l'alcool donne :

Diamètre vertical : 22 centimètres.

Diamètre transversal : 16 centimètres.

Épaisseur de la paroi, au fond de l'utérus : 1 cm. 5.

Épaisseur de la paroi, au tiers moyen, 0,02 centimètres.

Épaisseur de la paroi, au segment inférieur : 0,0267.

L'ovaire droit pèse 7 grammes. L'ovaire gauche 6 grammes.

Examen microscopique :

Dans une section du segment inférieur, au niveau de l'anneau fibreux, on voit que le tissu musculaire en différents endroits est remplacé complètement par du tissu conjonctif, fibreux, compacte, sclérosé comme celui des fibromes durs.

Dans d'autres endroits on voit encore quelques fibres musculaires atrophiées au milieu du tissu conjonctif.

La sclérose est plus manifeste au milieu de l'épaisseur de la paroi utérine ; en dehors et en dedans de celle-ci on trouve une infiltration de cellules conjonctives qui l'emportent sur les fibres musculaires.

Aux endroits les plus infiltrés les fibres musculaires sont plus minces, atrophiés par compression : on les trouve graduellement plus grosses aux endroits où l'infiltration est moindre. Dans la partie la plus sclérosée, les voies sanguines sont complètement ou presque complètement obstruées, oblitérées par épaississement de la tunique interne et moyenne. Sur une section pratiquée entre la partie sclérosée et la partie semblant saine on voit une infiltration abondante du tissu conjonctif interstitiel avec prédominance de cellules lymphoïdes sur les fibres.

Cette infiltration irrégulièrement distribuée est plus abondante là où il existe des mailles de tissu connectif fibreux un peu gros. Les fibres-cellules musculaires sont légèrement atrophiées aux points où l'infiltration cellulaire est plus manifeste, en d'autres points, elles ont le volume et l'aspect normal des fibres-cellules de l'utérus gravide.

Les vaisseaux sont nombreux et normaux, et à l'entour d'eux, l'infiltration n'est pas plus forte qu'ailleurs.

Dans une section faite sur les parties semblant saines et à la distance de la partie sclérosée, on ne note pas de modifications spéciales du tisssu utérin.

Dans une section correspondant à l'insertion placentaire on observe seulement une infiltration cellulaire.

Observation XI

Dolléris : *in Arch. de Tocol.* Paris, 1885, XX, p. 305.

Considérations sur la rigidité de l'orifice utérin pendant le travail: étude sur la rigidité du col d'origine syphilitique. Primipare de 40 ans. Syphilis récente. Accouchement à 7 mois d'un avorton du poids de 1.000 grammes environ. Rigidité de l'orifice. Paresse des contractions. Incisions multiples. Perforation.

B... veuve, 40 ans, domestique, entre à la clinique d'accouchement, service du professeur Pajot, le 22 mai 1884.

Antécédents. — A marché à 12 mois ; mais à la suite d'une chute, elle a été obligée de s'arrêter et n'a remarché qu'à 4 ans ; fièvre typhoïde à 16 ans, premières règles à 20 ans. A l'âge de 18 ans, elle a eu des épistaxis abondants qui se répé-

taient fréquemment, mais sans aucune régularité ; les règles duraient trois ou quatre jours et elle éprouvait une sensation de malaise très prononcée pendant toute leur durée.

Il y a deux ans, la malade se présenta à la consultation de l'hôpital de la Pitié.

Elle ne peut ou ne veut donner aucun renseignement sur la nature du mal qu'elle éprouvait, et qui l'avait engagée à aller chercher une consultation. Elle fut examinée au spéculum et on lui ordonna des injections avec du coaltar, des pilules et une solution d'iodure de potassium.

La malade ne prit pas les pilules.

Je me hâte de dire que ces renseignements ne m'ont été connus qu'après une série d'examens et d'interrogatoires. Très timorée, la malade commença par avouer seulement une maladie vénérienne, qui à sa connaissance affectait son mari depuis quelques années et l'obligeait à se soumettre à un traitement suivi. Peu à peu ses souvenirs revinrent avec mes questions de plus en plus pressantes, je pus reconstituer son histoire à peu près complète, quant à la notion précise de syphilis. Je serai moins affirmatif sur le début réel de la maladie car le caractère récent des accidents que je lui découvris et qu'on trouvera décrits plus loin, me laissa fort perplexe.

Était-il question d'un chancre redux du col, c'est-à-dire d'une syphilide indurée reparaissant sur le foyer mal éteint, d'une lésion initiale ancienne ?... L'hypothèse est permise. Toutefois, les renseignements ultérieurs me feraient plutôt croire qu'il y a du vague dans les souvenirs de la malade et que le début du mal est plus rapproché de l'époque actuelle qu'elle ne le dit. Au surplus, elle est d'un état intellectuel très obtus.

Grossesse actuelle. — Dernières règles fin septembre 1883.

Depuis cette époque, elle n'a plus eu des pertes de sang d'aucune sorte.

Elle n'a éprouvé aucun trouble sympathique, aucune réaction dans son état général en rapport avec le début de la gestation. Au commencement de ce mois (mai 1884), elle vit apparaître sur la partie antérieure du thorax, une éruption de petites papules rouges, saillantes qui s'étendirent peu à peu, gagnèrent la partie antérieure de l'abdomen les bras et les jambes. Celles-ci, ont été cependant peu atteintes.

En même temps que se faisait cette poussée la malade avait la fièvre et se sentait toute courbaturée.

Elle perd les eaux le 21 mai à 10 heures du matin, sans cause connue.

Le jeudi 22 mai, à 10 heures du matin, les premières douleurs du travail apparaissent. A 10 heures du soir, ayant ressentie des contractions douloureuses très vives, et perdant en même temps le sang, elle vient à la clinique d'accouchement.

Examen physique. — Le 23 au matin, la malade est examinée. Cette femme est d'un développement très marqué, de haute stature, d'une apparence de santé qui ne laisse rien à désirer. Rien d'anormal dans la conformation extérieure.

Éruption papuleuse générale sur le thorax et le ventre. Elle n'est plus que maculeuse, presque disparue sur les bras. Adénopathie inguinale double.

A la grande lèvre gauche, ulcération arrondie, non indurée nette de 4 à 5 millimètres de diamètre sans aucun caractère bien significatif, quant à sa nature, à part le siège et l'état des lymphatiques de la région. Syphilides pustulo-crustacées à la tête ; ganglion volumineux sous le sterno-mastoïdien droit. Le ventre est peu développé et l'on sent que l'utérus remonte peu au des-

sus de l'ombilic. A en juger par le volume nous aurions affaire à une gestation de six mois à peine.

Le fœtus est en présentation du sommet et d'une mobilité extrême. Il paraît peu développé ; il ne remue plus spontanément depuis deux ou trois jours, au dire de la femme.

La malade aurait continué à perdre du liquide amniotique depuis l'avant-veille, mais on s'assure aisément qu'il en reste une certaine quantité dans l'œuf. L'auscultation est négative.

Au toucher, le col est effacé et l'orifice présente une dilatation de 2 à 5 francs, le rebord en est résistant ; il présente une épaisseur de près de 1 centimètre. Sa consistance est remarquablement dure, comme cartilagineuse. Cet état ligneux est régulièrement réparti sur tout le pourtour de l'orifice, mais à la lèvre antérieure, il existe une nodosité plus saillante et plus épaisse, dont le volume approche celui d'une amande.

La partie céphalique fœtale appuie directement sur le col. Le bassin est parfaitement normal.

J'insiste pour savoir les antécédents précis de la parturiente. Elle n'a jamais perdu du sang, en dehors de trois ou quatre jours que duraient ses règles ; elle n'a pas eu d'affection utérine et n'a point subide traitement chirurgical quelconque de ce côté.

Les contractions après avoir un peu faibli dans la nuit, se sont réveillées ce matin, dès le jour, et on constate actuellement qu'elles se répètent toutes les quatre à cinq minutes. Elles ne sont pas très longues, mais leur énergie paraît suffisante.

Je ne jugeai pas à propos de pousser plus loin pour le moment, mes investigations. Je m'assurai seulement à nouveau que le tissu cervical était induré dans toute l'étendue du pourtour de l'orifice ; que cette induration était exceptionnellement marquée et telle que jamais je n'avais rencontré de sensation ni

de résistance pareille dans les cas de rigidité que j'ai observés ; qu'il existait une portion plus dure, plus volumineuse, plus profondément morbide, incluse dans la lèvre antérieure ; qu'enfin aucune partie du col n'était souple et me paraissait susceptible d'assouplissement.

A dix heures et demie, après la visite, M. Pajot voit la malade. Rien n'est changé dans la situation ; la dilatation n'a pas fait de progrès ; l'état général de la femme s'aggrave ; il y a de la fièvre.

Avant mon départ, je réexamine la femme, et comme les contractions sont devenues moins fréquentes, la tête fœtale remonte assez pour me permettre d'explorer largement le segment inférieur de l'utérus. Je reconnais que la sclérose cervicale remonte à 2 et même 3 centimètres au-dessus de l'orifice externe.

Le bassin est large et la sphère céphalique très petite; danse dans l'excavation avec la plus grande facilité. Il est évident que toute la résistance provient du col.

Le même jour (23 mai) à 4 h. 1/2, tout étant resté en l'état depuis le matin, et la femme me paraissant s'épuiser, je pratique avec des ciseaux courbes, deux incisions latérales de 1 cm. 1/2 environ d'étendue.

Les ciseaux ont peine à entamer le tissu qui crie comme du cuir; à peine quelques gouttes de sang s'écoulent à la suite des sections.

On dirait un tissu fibroïde.

Ces deux incisions pratiquées, après avoir attendu quelque temps et avoir reconnu l'insuffisance de mon opération, j'en pratique deux autres plus petites sur la lèvre postérieure ; je respecte la lèvre antérieure, plus épaisse que le reste du col ; deux incisions sont faites assez profondément sur le côté de ce

point plus tuméfié *qui pourrait bien être le siège d'un chancer.*

J'ai eu bien soin de couper dans toute l'épaisseur du tissu induré, sans le dépasser de peur d'une déchirure plus étendue au moment de la sortie de la tête. Pendant l'opération il se produit quelques contractions assez fortes, mais il n'en est pas moins évident que le travail languit et que l'utérus ne remplit qu'imparfaitement son rôle. A 6 h. 1/2 l'orifice est un peu plus large, mais c'est tout au plus si, en réalité, la dilatation a bénéficié de l'ampliation apportée par les incisions. La tête n'a pas fait de progrès.

Comme l'auscultation, plusieurs fois répétée depuis deux jours, ne m'a permis d'entendre aucun battement fœtal, je perfore ; la matière cérébrale s'écoule.

Lavage antiseptique de la tête fœtale et du vagin.

A 10 heures du soir l'engagement s'accentue, la femme pousse, la dilatation du col est assez grande pour que le doigt introduit dans le trou de la perforation suffise à extraire la tête ainsi que le tronc du fœtus dont l'expulsion a été terminée par ce procédé séance tenante.

L'enfant n'est pas macéré, ses tissus sont assez résistants, la tête est bien ronde, osseuse et solide, les sutures et les fontanelles sont très peu larges, ce qui donnerait à penser que le développement est assez avancé comme époque, bien qu'insuffisant, car la longueur du fœtus est de 36 centimètres seulement et son poids de 810 grammes (en moins la substance cérébrale).

Le lendemain, samedi, vers 7 heures du soir, c'est-à-dire vingt-quatre heures après l'accouchement, la femme a ressenti des coliques très douloureuses, accompagnées d'écoulement de sang et de caillots.

En même temps fièvre et sueurs abondantes.

Ce soir-là, le corps, surtout la partie supérieure du thorax, se couvre de papules analogues à celles décrites plus haut et une poussée nouvelle de syphilides se produit.

Le 24 au matin, les coliques ont eu une moindre intensité ; l'écoulement du sang est presque insignifiant.

Onctions sur la partie antérieure de l'abdomen avec l'onguent mercuriel, ainsi que sous les aisselles. La malade a encore de la fièvre. La poussée nouvelle de papules qui s'était produite sous l'influence du travail et après l'accouchement persiste encore.

Le 25 au matin, l'éruption de papules, si marquée les jours précédents, commence à s'affaisser et à se ternir, et présente une surface squameuse. Peu de fièvre.

Température : 38°4.

Le 25 au soir, température 40°1 ; le 26 au matin, on ne voit plus que les traces de l'éruption. La fièvre continue, mais moins forte que la veille.

Température matin : 38°, soir : 38°7.

Le 29, état satisfaisant.

Le 31, cessation des frictions mercurielles. L'accouchée va bien. A partir du 1er juin la malade prend 2 grammes d'iodure par jour.

Le 19 juin, examen de l'accouchée : utérus bien involué : 7 cm. 1/2 par le cathétérisme. La lèvre antérieure est volumineuse, très indurée et le col porte les traces étoilées des incisions faites pour l'accouchement.

Il existe une tumeur dans l'épaisseur de cette lèvre, et cette tumeur de la grosseur d'une petit amande fait une légère saillie à l'intérieur de la cavité cervicale. Le reste du tissu cervical a une consistance à peu près normale et a perdu ce caractère de dureté cartilagineuse si remarquable à la fin de la grossesse. Toute

la lésion est désormais contournée dans le processus en voie de résorption, qui occupe la partie médiane de la lèvre antérieure.

Aucune ulcération sur le col, muqueuse réparée et lisse. Pas d'ectropion ; l'orifice externe est petit et fermé.

La malade a pris pendant une douzaine de jours deux grammes d'iodure de potassium par jour.

Frictions mercurielles, pendant six jours. Le 19 juin, après l'examen, je touche la tumeur, superficiellement érodée avec la teinture d'iode.

Les couches ont été parfaites mais au dix-septième jour la femme a pris froid et a eu une névralgie lombo-abdominale.

Cessation de l'iodure; application de deux petits vésicatoires.

Guérison rapide. Depuis elle n'a pas subi d'autre traitement.

Départ pour le Vésinet, le 21 juin 1884.

Observation XII

DOLÉRIS. *Ibid. Ibid.*

Secondipare de 24 ans ; syphilis datant de deux mois environ Chancre de la lèvre antérieure du col ; sclérose de tout le tissu cervical. Syphilides papuleuses érosives de la peau et des muqueuses génitale et bucco-pharyngienne. Traitement spécifique. Accouchement à terme terminé spontanément.

La...., 24 ans, domestique, douée actuellement d'une bonne. constitution apparente, petite, mais bien musclée, entre à la clinique d'accouchements le 5 novembre 1884.

Antécédents. — Elle a été maladive dans son enfance. Scrofule. Un ganglion abcédé au cou. N'a marché qu'à deux ans.

Vers l'âge de 14 ans, écoulement purulent de l'oreille droite ;

plus tard cataracte traumatique de l'œil droit ; elle y voit très peu de ce côté.

Réglée à 14 ans facilement ; dans la suite, menstruation régulière, durant de trois à quatre jours chaque mois. A 20 ans, première grossesse à évolution normale. Accouchement à terme après un travail de treize heures.

Délivrance naturelle. L'enfant nourri par sa mère meurt au bout de quinze jours.

Grossesse actuelle. — Dernière apparition des règles du 27 au 30 février 1884.

Il y a eu des rapports sexuels pendant toute la grossesse, sauf depuis cinq semaines environ. Pas de phénomènes morbides notables. La malade paraît ne s'être aperçue que très récemment des accidents qu'elle présente aujourd'hui. Elle a ressenti quelques douleurs les jours suivants c'est ce qui l'a décidée à entrer à l'hôpital.

Examen physique. — A l'examen extérieur, on constate une roséole très nette sur le thorax, les membres supérieurs, le tronc et les membres inférieurs. Sur la face interne des avant-bras, macules couleur jambon fumé; adénite cervicale double ; écoulement leucorrhéique fétide. Les grandes et les petites lèvres, de même que la peau de la région ano-vulvaire, sont recouvertes de syphilides érosives, dont quelques-unes sont saillantes et ont l'aspect de condylomes plats.

Tubercules ulcérés sur la face interne des grandes lèvres et à l'entrée de la vulve. Pléiade ganglionnaire inguinale double, prédominante à gauche. Aucune trace d'une lésion cicatricielle pouvant se reporter au chancre.

Syphilides ulcéreuses des amygdales et de l'arrière-gorge. Alopécie discrète.

Le *toucher* révèle un gonflement œdémateux du conduit vaginal et un état lisse de la muqueuse.

Le col est volumineux, entr'ouvert, bien que persistant dans une longueur de 3 centimètres environ. Sa forme est celle d'un infundibulum à sommet inférieur ; son tissu est rigide et dur. La lèvre antérieure est plus dure encore, volumineuse et tuméfiée. Deux doigts introduits dans le vagin permettent d'apprécier les proportions de ce noyau hypertrophique ; il a les dimensions d'une noisette. L'induration s'arrête à la base du col. A travers l'orifice on arrive sur les membranes et sur la tête fœtale qui est à peine engagée.

L'examen au spéculum, qui est très douloureux, fait constater un écoulement épais muco-purulent, qui provient de l'intérieur de la cavité cervicale.

Le museau de tanche est exulcéré ; sur la lèvre antérieure, principalement, l'ulcération est profonde, entourée d'un rebord longueux dont la teinte est rouge livide. Le diamètre maximum de l'ulcération est de 1 centimètre environ. Il n'y a pas de doute qu'on n'ait affaire à un chancre. Le bassin est normal.

Le palper et l'auscultation conduisent au diagnostic d'une présentation du sommet fléchi en O.I.G.A.

Il semble qu'il y ait du liquide amniotique en excès.

Les signes précédents, notamment les caractères anormaux du col, ont été constatés à plusieurs reprises.

Un traitement a d'ailleurs été institué. Badigeonnage du col avec de la teinture d'iode ; cautérisation du fond de la gorge ; ablation des organes génitaux extérieurs avec une solution de liqueur de Labarraque ; irrigations prudentes de la cavité vaginale avec la solution de sublimé au 1/1000.

Traitement interne : une cuillerée à bouche d'abord, puis

deux de liqueur de Van Swieten, dans un verre de lait chaque jour.

La médication est prescrite à partir du 9 novembre et n'est pas interrompue jusqu'à l'accouchement.

On a fait quelques badigeonnages isolés sur les parties génitales externes.

Au bout de peu de jours, il ne reste plus rien dans ces régions ; la roséole est presque effacée et on n'aperçoit plus que deux plaques grisâtres dans l'arrière-gorge; une sur l'amygdale gauche ; une sur le pilier antérieur du même côté. L'adénite cervicale gauche s'accentue.

Du 15 au 18 novembre tout a disparu. Un nouvel examen révèle à ce moment une notable diminution du volume de la tumeur ulcérée du col. Le tissu est plus souple, mais point suffisamment parce que les parois cervicales viennent au contact ; il existe toujours un trajet libre, ouvert et perméable de l'orifice externe à l'orifice interne.

Le 15 novembre, la malade est prise des premières douleurs à 2 heures du matin.

La dilatation marche assez vite au début, l'effacement a passé inaperçu. A son arrivée à la salle d'accouchements, vers 8 heures, j'examine la parturiente. Sur ma recommandation, on a suivi très exactement la marche de la première période du travail.

A 7 h. 1/2, la dilatation de l'orifice était notée comme étant égale à une pièce de 2 francs. Depuis le début le tissu cervical est resté très épais et dur. Rien n'est changé dans l'état de la femme, même dureté et même épaisseur des rebords de l'orifice.

La malade souffre toutes les deux ou trois minutes sans discontinuer, depuis le matin. Il est même surprenant que le tra-

vail n'aille pas beaucoup plus vite et, il faut bien reconnaître que, malgré le traitement institué pendant trois semaines, il persiste encore aujourd'hui au col utérin un processus pathologique, dont la résistance paralyse à un certain degré et ralentit tout au moins les efforts répétés et intenses de la matrice.

A 9 heures, l'orifice est de la dimension d'une pièce de 5 francs ; les bords en sont toujours très épais et durs, mais, à la vérité on ne saurait voir dans ces caractères les signes bien nets de la rigidité classique car les progrès de la dilatation ont une marche régulière. La poche des eaux est sphérique, volumineuse et bombée fortement.

Ce qui frappe surtout, c'est l'activité persistante du travail. Les contractions sont longues, énergiques, soutenues et très fréquentes. A 9 heures, les membranes se rompent spontanément ; à 10 h. 35 la tête franchit l'orifice complètement dilaté ; il s'écoule un peu de sang ; cinq minutes plus tard, le fœtus est expulsé. Il est bien conformé et de poids normal.

L'enfant à sa naissance pesait 3.070 grammes ; quatre jours plus tard 2.910 ; le 3 décembre 3.070 ; le 6 décembre 3.170. Le placenta paraît normal à l'œil nu ; il pèse 440 grammes. Au bout de huit jours l'enfant qui ne portait aucune lésion visible, sauf une coloration violacée ecchymotique des talons, sans soulèvement de l'épiderme, présente dans cette région, et de chaque côté une papule qui s'ulcère rapidement.

Les suites de couches ont été régulières ; on a constaté deux déchirures au col, une à gauche sur la commissure et une en avant de la commissure droite, sur la lèvre antérieure. L'examen au spéculum, pratiqué à la sortie de la malade, révèle la disparition de toute lésion appréciable.

Observation XIII

Lugeol. In *Journ. de Médec. de Bordeaux*, 17 janv. 1886, p. 264 et in Thèse Paris Le Camus, p. 38.

Rigidité syphilitique du col.

S..., Marthe, 26 ans, lingère, non mariée, est apportée à la maternité de Pellegrin, le 5 novembre 1885, à 10 heures du matin. Elle venait de l'hôpital Saint-André où elle avait séjourné à deux reprises pendant sa grossesse, dans un service de clinique.

Elle est de taille moyenne, blonde, très pâle et très faible.

Les antécédents héréditaires de cette femme sont très mauvais : père et mère morts phtisiques.

Faiblement constituée, elle a eu une enfance maladive. Mal nourrie, au biberon et par une étrangère ; elle a marché pour la première fois à un an et depuis elle a bien marché.

Réglée à 16 ans, elle voyait ses règles arriver régulièrement tous les mois mais elle ne perdait que pendant un jour et fort peu. Leucorrhée abondante dans les intervalles ; tous les signes de chloro-anémie. A 21 ans, elle avorte au troisième mois d'une première grossesse, sans cause aucune. Quelques mois plus tard elle contracte la syphilis qu'elle soigne mal.

Le début de la deuxième grossesse remonte au mois de février, où elle fut réglée pour la dernière fois le 8.

La première période a été signalée par des vomissements fréquents. Vers le sixième mois cette femme eut une pleurésie avec épanchements du côté gauche et fut soignée à l'hôpital Saint-André. Elle sortit sans être guérie et reprit son travail.

Au huitième mois elle rentre à l'hospice pour une pleurésie avec épanchements du côté droit. Pendant son séjour à l'hôpital elle prit du sirop de Gibert ; on avait reconnu chez elle des accidents syphilitiques et une induration du col qui fut jugée de même nature. Le 5 octobre elle ressent quelques douleurs et elle fut envoyée dans notre service à la maternité. Le jour même elle prit un bain au sublimé et fut placée dans la chambre n° 1.

Voici le résultat de son examen :

Palper et auscultation : OIGA.

Toucher : sommet non engagé.

Le doigt atteignait l'angle et la mensuration donna 9 centimètres pour le promonto pubien minimum.

Le col présentait une induration générale, prononcée sur toute la lèvre postérieure qui rendait impossible l'introduction de la pulpe du doigt. Il avait toute sa longueur. Vagin chaud, rempli de granulation : sur la partie inférieure des grandes lèvres, deux plaques muqueuses de forme elliptique, de la largeur d'une pièce de 2 francs ; de la vulve s'écoulait un liquide épais, verdâtre, nauséabond. L'examen au spéculum nous fit voir un col large, complètement ulcéré, les lèvres renversées et laissant écouler un liquide semblable au précédent. La bouche et l'arrière-gorge étaient le siège d'ulcérations ; la femme avait perdu ses cheveux.

S... Marthe présentait donc tous les signes de la syphilis constitutionnelle et je crus devoir rattacher cette induration du col soit à l'accident primitif, à un chancre dont la cicatrisation aurait amené cette atrésie, soit au développement d'une hyperplasie secondaire. J'ordonnai deux cuillerées à café de liqueur de Van Swieten par jour et des injections au sublimé.

Le 7 novembre, à 5 heures du soir, perte subite d'une grande quantité de liquide amniotique suivie immédiatement de l'apparition des douleurs qui allaient en augmentant jusqu'à l'effacement à peu près complet du col. La dilatation marche très lentement.

Le 8 novembre, à 2 heures de l'après-midi, elle avait l'étendue d'une pièce de 2 francs. L'orifice externe est dur, tendu, épais; les contractions de plus en plus violentes n'avaient aucun résultat. La sage-femme en chef. Mlle Lamarre, fit faire, à plusieurs reprises des injections avec une solution de sublimé très chaude, mais en vain, et m'envoya chercher.

Il était 10 heures du soir. Après avoir constaté l'état de la parturiente, je jugeai inutile d'attendre plus longtemps la terminaison naturelle de l'accouchement. La nécessité d'une intervention ressortait de la longueur du travail et de la souplesse extrême qui en était résultée. Il y avait dix sept heures que les eaux étaient écoulées. La femme avait le pouls dur, rapide, la peau brûlante, les lèvres et la langue sèches, couvertes de fuliginosités, tous les signes du surmenage. Les battements du cœur du fœtus étaient très rapides, mais réguliers. Je me décidai, à pratiquer des incisions multiples et j'essayai d'abord de me servir de longs ciseaux mais comme la vulve était étroite, le col très haut, je ne pus. Je me servis d'un bistouri dont je garnis la pointe d'une boule de cire que je guidai avec le doigt ; je fis quatre incisions de 1/2 centimètre, en avant, en arrière et sur les côtés.

Il s'écoula une petite quantité de sang et au bout d'un quart d'heure dilatation de 5 francs, col toujours dur et tendu. Après avoir constaté l'impuissance des contractions utérines à faire engager la tête et la femme étant soumise au chloroforme

je fais une application de forceps. La branche gauche fut introduite à gauche avec un peu de difficulté; mais il fut impossible de placer la branche droite. L'étroitesse des parties et le léger rétrécissement du bassin rendait l'opération malaisé et par crainte d'une déchirure étendue je n'osai introduire la main gauche avec force. Il était 10 h. 3/4 quand je commençai l'opération; je retirai la branche introduite, je laissai la femme se réveiller et je fis une onction sur le col avec de l'extrait de belladone.

Après un quart d'heure d'attente même difficulté pour l'application de forceps. Je songeai alors à la craniotomie, car malgré les contractions énergiques la tête ne s'engageait pas, mais les battements du cœur s'entendaient très bien et je n'osai pas.

J'essayai alors de placer la branche droite la première et en avant ; ce que je fis mais avec difficulté, je réussis aussi à placer la branche gauche en arrière, je décroisai et articulai. Je m'assurai que la tête est prise et seule prise et commençai les tractions doucement par crainte de déchirures. Après dix minutes, j'amène la tête sur le plancher du périnée, les contrations énergiques aidèrent au dégagement qui se fit en O. P., à 11 h. 3/4. Il y eut une déchirure du périnée.

L'enfant du sexe masculin, asphyxié, ne put être ranimé.

Placenta expulsé naturellement 20 minutes après: sa sortie fut accompagnée d'une hémorragie de 1.000 grammes environ qui fut arrêtée par injection d'ergotine, eau chaude, perchlorure de fer.

La femme est remise dans son lit dans un état syncopal.

On la réchauffe, on lui donne du thé au rhum.

Quand je la quittai, à à une heure du matin, elle était calme.

Enfant 2.800 grammes, ne présente pas de trace de syphilis.

Placenta, 200 grammes, traces nombreuses de dégénérescences, granulo-graisseuses, aspect feutré. Certains cotylédons sont complètement atrophiés. On prend toutes les précautions antiseptiques voulues et on isole la femme.

Le 9 novembre.— L'accouchée est calme, avec le ventre légèrement ballonné et sensible à l'hypogastre. Elle a uriné, diarrhée abondante et fétide qui a commencé avant l'accouchement. Langue bonne. Lochies sanguinolentes et sans odeur.

T. m., 37°6 ; pouls, 96.

T. s., 38°8 ; pouls, 118.

Périnéorraphie, avec deux points au crin de Florence. Potion d'alcoolature d'aconit, 2 grammes.

Collodion riciné en couche épaisse sur le ventre. Injection utérine de sublimé deux fois par jour.

Le 10 novembre. — Dans la nuit, frissons de longue durée ; utérus volumineux, douloureux. Lochies sanguinolentes, ayant odeur. Eschares sur les grandes lèvres ; même diarrhée, soif vive, dégoût des aliments.

T. m., 38°4 ; pouls, 120.

T. s., 39°6 ; pouls, 130.

Je fais ajouter 4 grammes d'extrait de quinquina mou à la potion et je fais appliquer de la glace sur le ventre.

Le 11 novembre. — Surexcitation, soif vive, langue sèche et noirâtre, moins de diarrhée ; utérus volumineux et très douloureux. Lochies fétides et abondantes. Pas de montées de lait. Je fais cesser le quinquina, la malade ayant vomi sa potion. Je le remplace par du cognac. Glace à l'intérieur et à l'extérieur.

T. m., 39° ; pouls 106.

T. s., 39° ; pouls 102.

Le 12 novembre. — Même état, même traitement, on enlève

les fils de suture, à cause du gonflement des lèvres de la plaie. Un seul point, le plus proche de l'anus, a tenu.

T. m., 40° ; pouls 122.

T. s., 40°6 ; — 118.

Le 13 *novembre.* — Dans la nuit délire violent, facies anxieux, respiration suspireuse, chaleur excessive, soif ardente. Le matin teinte subictérique très prononcée sur tout le corps. Lochies toujours très fétides. Utérus très douloureux.

La femme ne peut supporter la glace ; pommade fortement belladonée, sulfate de quinine, 1 gramme, potion ut supra.

T. m., 40° ; pouls 118.

T. s., 40°2 ; — 126.

Le 14 *novembre.* — La malade se plaint beaucoup du ventre qui est ballonné ; la douleur remonte dans le flanc droit, où la palpation fait sentir le foie débordant les fausses côtes. La teinte ictérique a augmenté. Lochies fétides toujours abondantes ; les eschares à la vulve sont tombées ; meilleur aspect local. Cataplasme émollient. Même traitement.

T. m., 38°6 ; pouls 102.

T. s., 38°4 ; — 108.

Le 16 *novembre.* — La malade se trouve mieux ; plus de douleurs, elle supporte de nouveau la glace, soif vive, pas d'appétit, lochies fétides. Même traitement.

T. m., 35° ; pouls 112.

T. s., 39°4 ; — 120.

Le 17 *novembre.* — La malade ne souffre plus qu'au niveau du foie, où l'on perçoit une fluctuation obscure. Lochies moins fétides ; elle prend un peu de nourriture et demande à se lever. Même traitement.

T. m., 39° ; pouls 108.

T. s., 39°8 ; — 122.

Le 18 *novembre.* — Même état, assez satisfaisant. Lochies encore moins abondantes et encore moins fétides. Le fond de l'utérus est au niveau du détroit supérieur et n'est pas sensible à la pression. Même traitement, sauf la glace.

T. m., 39°6 ; pouls, 126.

T. s., 39°8 ; pouls, 130.

Le 19 *novembre.* — La malade est gaie, cause avec son entourage ; lochies peu abondantes, presque sans odeur ; utérus indolore. Un peu d'appétit, mais la persistance de la fièvre m'inquiète beaucoup.

T. m., 39°4 ; pouls, 126.

T. s., 39°8 ; pouls, 137.

Le 28 *novembre.* — Je trouve la femme surexcitée, la peau très chaude, la langue sèche et noirâtre, soif ardente. Elle ne veut voir personne auprès d'elle, refuse tout aliment. Elle éprouve un grand malaise, l'examen ne fait découvrir aucune nouvelle localisation.

T. m., 37° ; pouls 128.

T. s., 37°6 ; pouls 130.

Le 21 *novembre.* — Malade constamment assoupie avec cauchemars ; Diarrhée noire et fétide a reparu dans la nuit. Les lochies étaient redevenues fétides depuis la veille.

T. m., 38°2 ; pouls, 108.

T. s , 38°6 ; pouls, 120.

Le 22 *novembre.* — A 4 heures du matin, hémorragie abondante suivie de syncope, puis frisson intense qui dure vingt minutes ; la malade est dans le délire et l'assonpissement. Elle est très oppressée, pousse des gémissements continuels. Elle meurt dans le coma, le lendemain matin.

Nécropsie. — Pas de ballonnement du ventre ; à l'ouverture de l'abdomen, on trouve une petite quantité de liquide très légèrement purulent dans la cavité péritonéale. Épanchement assez abondant mais nullement purulent dans la cavité droite.

Utérus assez bien rétracté. Pas d'abcès dans l'intérieur du tissu utérin, les lymphatiques et les veines ne paraissent pas contenir du pus. En ouvrant la cavité utérine, on constate que la muqueuse est saine dans la partie supérieure, mais dans la partie inférieure elle est couverte d'une matière rouge noirâtre, d'odeur infecte ; on constate de plus, à ce niveau, deux déchirures qui font suite à celles du col, ces déchirures intéressent seulement la muqueuse et quelques fibres sous-jacentes du muscle utérin.

Le col n'existe pour ainsi dire pas, ses lésions présentent quelques noyaux indurés. Le foie est graisseux, la vésicule biliaire fortement distendue.

La femme a succombé à une endométrite gangréneuse, forme rare de l'infection putride.

Observation XIV

Blanc. In *Lyon médic.*, 1891, LXVI, p. 440.

Sur la rigidité syphilitique du col de l'utérus.

Il s'agit d'une multipare qui, le 29 novembre 1890, accouchait pour la troisième fois. Les deux premiers accouchements s'étaient assez rapidement terminés en cinq ou six heures, nous dit la femme, et par l'explusion d'enfants vivants, encore bien portants maintenant. Ils sont âgés de 3 et 4 ans.

A ce troisième acccouchement, les douleurs commencèrent

le 28 novembre à 5 heures du soir. A 6 heures, le col était ouvert à 1 centimètre, épais surtout au niveau de sa moitié antérieure.

La poche des eaux était intacte, les contractions utérines furent intenses et régulières.

Le 29 novembre, à 8 heures du matin, par conséquent après quinze heures de douleurs, nous trouvâmes cette femme dans l'état suivant : facies pâle et fatigué, peau moite, température normale, pouls à 100. L'utérus développé comme au terme de la grossesse arrive à l'épigastre.

Dans l'intervalle des douleurs, le palper permet de constater une présence du sommet en O. I. D. T. (épaule antérieure sur la ligne médiane) et déjà engagée dans l'excavation.

Les bruits du cœur fœtal sont très nets sur la ligne médiane et rapprochés de la symphise pubienne. Par le toucher, on atteint assez rapidement la présentation; le vagin est large et court. Sur le milieu de la face antérieure de ce conduit, existe une nappe de sclérose un peu saillante, à surface dure, irrégulière et offrant l'aspect d'un triangle allongé, dont la base se perd sur le col. Ce dernier nous frappe aussitôt par ses caractères : il est *épais*, *dur*, *inextensible* et non douloureux.

Mais son épaisseur n'est pas uniforme dans tout son pourtour, elle est plus marquée dans sa moitié antérieure et atteint là un bon travers de doigt.

De plus, sur cette même lèvre antérieure, la consistance varie au milieu et sur les côtés ; au milieu, la dureté cartilagineuse des tissus est comme doublée vers la surface, par un œdème dur, que surmonte une dépression cicatricielle radiée, nettement perceptible au doigt; sur les côtés on a la sensation d'une résistance cartilagineuse. La poche des eaux est rompue

depuis plusieurs heures, et, à travers le col fait hernie, une bosse sanguine, volumineuse. La tête, de volume moyen, atteint le tiers inférieur de l'excavation. Il n'y a pas de déformation pelvienne. Au moment des douleurs, on sent la tête presser énergiquement contre le col, qui, à l'instar d'un cercle métallique, résiste sans permettre au doigt de s'insinuer entre lui et la présentation.

La douleur passée, le doigt peut glisser au-dessus de l'orifice utérin, et apprécier ses caractères.

Nous nous assurons à plusieurs reprises que les contractions sont fortes et se répètent régulièrement, que l'enfant est en bon état. Comme il n'existait aucune indication maternelle ou fœtale de terminer alors l'accouchement, nous satisfaisons aux désirs, de la malade et attendons encore avant de terminer l'accouchement.

A 11 h. 1/2 du matin, la dilatation est à peu près la même, mais le col est, lui, *plus dur, plus épais, malgré d'énergiques contractions.* Aussi, après anesthésie de la parturiente, nous pratiquons de chaque côté du col une incision profonde d'environ de 3 centimètres, allant jusqu'aux insertions du vagin, et nous extrayons à l'aide d'une applique oblique du forceps, un enfant vivant et assez développé.

Les incisions ne s'agrandirent pas durant l'extraction et restèrent limitées à la portion vaginale du col. Une hémorragie tenace provenant des tissus sectionnés compliqua la délivrance. Nous en eûmes raison par la compression digitale, au moment où nous préparions un tamponnement cervico-vaginal.

Pour différents motifs nous rejetâmes la suture.

Voici d'un autre côté, les renseignements que nous a fournis le médecin traitant de cette femme :

Son mari prit la syphilis fin juillet 1890, probablement ; en tout cas, le 20 août, il fut trouvé porteur d'une couronne de chancres mous sur le gland et d'un chancre induré à la partie supérieure du sillon balano-préputial.

Simultanément, la femme avait les chancres mous sur la grande lèvre droite, une pléiade ganglionnaire à droite et à gauche, une vulvo-vaginite intense avec exulcération légère de la paroi vaginale et une ulcération indurée, de couleur rouge foncé sur la lèvre antérieure du col. Les accidents secondaires apparurent, chez le mari, le 10 septembre, et chez la femme, le 10 octobre.

A ce moment, il existait sur la paroi vaginale antérieure, une induration parcheminée qui se continuait jusqu'à l'œdème dur du col. Sur la lèvre antérieure de ce dernier existait une ulcération assez profonde, d'un rouge vif, un peu irrégulière, occupant toute sa largeur et reposant sur une base fortement indurée. Les chancres mous de la vulve étaient guéris depuis longtemps, car ils n'avaient persisté qu'une quinzaine de jours après leur constatation.

Au commencement du mois de novembre l'ulcération du co était guérie, mais la lèvre antérieure était restée beaucoup plus saillante et plus tuméfiée que la lésion postérieure. A tel point que le médecin de la famille fit prévoir au mari des difficultés au moment de l'accouchement de la part d'un col aussi modifié.

Observation XV

Le Camus. *In* Thèse Paris, 1891.

Rigidité syphilitique du col. Application de l'écarteur Tarnier. Mort de l'enfant pendant le travail. Basiotripsie.

Le 31 août 1891, la nommée Elisa R..., domestique, secondipare âgée de 22 ans, est reçue à la salle de travail de la clinique d'accouchements de la Faculté dans le service du professeur Tarnier suppléé par M. Maygrier.

Cette femme venait à la consultation pour avoir des renseignements sur l'âge de sa grossesse et de la date probable de l'accouchement, quand elle perdit subitement les eaux au bureau des entrées sans éprouver de douleurs et sans pouvoir attribuer à une cause quelconque cette rupture prématurée des membranes.

Elle s'était déjà présentée à la consultation de la clinique de la rue d'Assas quelques jours avant. On avait constaté l'existence d'une grossesse de huit mois et demi environ avec un léger degré d'hydramnios. On reconnut, en outre, l'existence de lésions spécifiques de la vulve, et, par le toucher, on trouva le col court, ferme et présentant une dureté plus grande qu'à l'état normal.

Voici maintenant les renseignements fournis par l'interrogatoire et l'examen de cette femme à son entrée à la clinique le 31 août.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant ; mère morte pendant le travail de l'accouchement.

Antécédents personnels. — Elevée au sein, elle a marché à 9 mois et depuis elle a toujours bien marché.

Réglée à 11 ans, elle voyait tous les mois régulièrement, ses règles étaient abondantes et duraient en moyenne cinq jours. Cette femme a toujours joui d'une excellente santé, elle ne se souvient pas d'avoir jamais été malade.

Elle a eu une première grossesse en 1899. Elle accoucha d'une fille qui naquit à terme par le sommet.

L'accouchement fut spontané ; on n'eut pas à intervenir.

Les suites de couches furent normales. L'enfant mourut à 10 mois de méningite.

La grossesse actuelle n'est pas du même père ; elle a évolué d'une façon normale.

La femme n'a jamais eu ni nausées, ni vomissements, elle s'est toujours bien portée. Toutefois, il y a un mois et demi, elle s'aperçut qu'elle avait une éruption sur les bras et sur les membres inférieurs en même temps que des boutons aux parties génitales.

C'est dans ces conditions qu'à la suite de la perte brusque des eaux, elle a été admise à la clinique.

L'inspection du corps permet de constater que le squelette est normal. Les membres inférieurs sont le siège de syphilides papuleuses.

Il existe à la face interne des grandes lèvres, des plaques muqueuses légèrement indurées. Les ganglions inguinaux sont très nettement augmentés de volume et forment un chapelet saillant surtout à droite. Le ventre a le volume d'une grossesse près du terme. Au palper, on trouve une présentation de sommet en OIDP. La tête est élevée ; l'enfant est vivant et l'auscultation ne relève rien d'anormal.

Les signes fournis par le toucher sont des plus intéressants :

le col, incomplètement effacé, est *épais, dur au niveau de l'orifice externe et sur tout son pourtour.*

Ce col ne donne pas la sensation classique du col de l'utérus gravide ; il est *rigide, dur, épais, presque ligneux et il l'est partout également.*

Le segment inférieur lui-même participe en partie à cette induration : les culs-de-sac ont leur résistance normale.

Les douleurs de l'accouchement ont commencé avec la rupture des membranes : elles sont régulières, mais la dilatation ne se fait pas.

Le 31 août. — Au soir, le col est resté dans le même état que le matin, et, la nuit se passe sans apporter des modifications dans cet état.

Le 1er septembre. — Au matin, M. Maygrier examine la malade et constate que le col est complètement effacé, mais que l'orifice externe reste toujours épais et scléreux et qu'il a les dimensions d'une pièce de 1 franc.

La tête est descendue et est appliquée étroitement sur le segment inférieur; une petite bosse séro-sanguine fait même hernie au travers de l'orifice cervical. Le col n'est pas douloureux au toucher. M. Maygrier prescrit de grandes injections chaudes et prolongées, ainsi que l'application de l'écarteur de M. le professeur Tarnier.

A 11 h. 1/2, M. Demelin applique l'écarteur (deux branches).

En soulevant la tête pour introduire l'instrument il s'aperçoit que du liquide amniotique sort fortement teinté de méconium et qu'il exhale une odeur fétide : *cependant*, les *battements du cœur fœtal sont normaux.*

Un seul caoutchouc est fixé sur les branches de l'écarteur ; puis, on introduit de la gaze iodoformée dans le vagin de

cette femme et on place un pansement analogue sur la vulve.

La température de la femme est alors de 38°4.

A 3 h. 1/2, quatre heures après l'application de l'instrument, la dilatation a fait des progrès : l'orifice s'est agrandi; elle a maintenant les dimensions d'une petite paume de main. Tout le pourtour de l'orifice externe reste régulièrement dur, un peu moins rigide cependant que le matin. L'écarteur est enlevé. A ce moment, *le liquide amniotique sort très fétide ; les battements du cœur du fœtus sont toujours bons;* les douleurs se suspendent.

A 6 h. 1/2 nouvelle application de l'écarteur, mais la malade, très indocile, enlève elle-même l'instrument au bout d'une demi-heure.

A 9 heures du soir, les battements du cœur ont disparu. La température est de 38°4. L'orifice du col a les dimensions d'une paume de main. La tête est recouverte d'une volumineuse bosse séro-sanguine; elle est très rapprochée de la vulve et elle a fortement repoussé devant elle l'orifice utérin. Celui-ci est encore dur et distendu, mais légèrement porté sur les parties latérales. M. Maygrier, consulté sur la conduite à tenir, juge inutile d'attendre davantage étant donné la mort de l'enfant, et prie M. Demelin de pratiquer la basiotripsie.

La femme est soumise à la chloroformisation à 9 h. 3/4 du soir et, M. Demelin procède à l'opération avec le dernier modèle du batiotribe Tarnier.

Toutes les précautions antiseptiques étant prises, le perforateur est introduit sans difficulté ; après avoir pénétré dans le crâne au voisinage de la fontanelle postérieure il est retiré et remplacé par une canule à injection par laquelle on introduit du

liquide dans la cavité crânienne pour faire sortir la substance cérébrale.

Le perforateur est replacé, muni de son capuchon dont les crénelures sont dirigées à gauche vers la face (OIDP).

La branche gauche introduite au voisinage de la face est articulée de façon à être la plus longue.

Le petit broiement se fait sans peine.

Ne rencontrant pas de difficulté M. Demelin introduit la branche droite et l'articule de façon à la rendre plus courte que l'autre et l'applique sur l'occiput. Le broiement est opéré lentement. La matière cérébrale s'écoule en abondance ; l'extraction de la tête est facile, elle passe sans effort à travers l'orifice utérin et se dégage à la vulve.

A ce moment, quelques tractions plus fortes sont faites, et chaque fois il semble que l'utérus s'abaisse ; bientôt les épaules se dégagent et l'accouchement se termine. Il est alors 10 h. 1/2.

L'enfant est une fille pesant 2.750 grammes sans la substance cérébrale.

Délivrance naturelle à 11 heures. Le liquide amniotique resté dans l'utérus était des plus fétides.

L'examen pratiqué immédiatement après la délivrance montre que les lèvres antérieures et postérieure du col sont toujours très dures, de plus elles sont très voisines de la vulve.

Il existe de chaque côté du col une déchirure latérale qui s'arrête au voisinage du cul-de sac vaginal. L'utérus se rétracte bien.

Inutile de dire que les plus grandes précautions antiseptiques furent prises ; on fit passer de nombreux litres de liquides antiseptiques dans l'utérus.

Aussi, grâce à ces soins, le 2 septembre, la femme était en un excellent état et avait une température de 36°4.

Malheureusement trois jours après, elle quittait l'hospice malgré les plus vives remontrances et sans qu'un nouvel examen ait permis de se rendre compte des modifications subies par le col depuis l'accouchement.

Observation XVI

E. M. Mesnard : in *Arch. de Tocol. et Gynéc.*, janv. 1891, p. 19 et in Thèse Le Camus, p. 51.

Mme X..., 32 ans, mariée, il y a trois ans est devenue enceinte, dix mois après son mariage.

Cette grossesse a été interrompue vers le deuxième mois par un avortement, à la suite duquel ont apparu les accidents secondaires d'une infection syphilitique grave. Le chancre initial a passé inaperçu. Le médecin de la famille consulté tout aussitôt l'apparition des symptômes secondaires, m'a dit avoir minutieusement et vainement recherché l'accident primitif.

Les syphilides papuleuses cutanées, les plaques muqueuses de la gorge et de la vulve ont été très rebelles malgré un traitement spécifique rigoureux.

La syphilis du mari, diagnostiquée et traitée par le professeur Fournier, s'était également montrée très tenace et datait de dix ans lorsque les symptômes secondaires apparurent chez Mme X...

Après un traitement mercuriel et ioduré de dix-huit mois Mme X .. devint enceinte pour la seconde fois. Cette grossesse était parvenue à la fin du neuvième mois lorsqu'elle s'adressa à moi pour son accouchement. Toute manifestation externe de syphilis avait disparu.

Mme X... est grande et forte. Elle a marché définitivement à 11 mois, et n'a jamais été malade. A la mensuration digitale, bassin jugé normal. Présentation du sommet en DP.

Dernières règles le 27 janvier 1899. Début du travail le 10 décembre à minuit. Douleurs régulières et fortes toutes les trois minutes.

A 4 heures du matin, douleurs plus intenses se succédant toutes les trois minutes.

Tête en DP., à moitié engagée dans l'excavation. Effacement complet du col dont l'orifice est situé très haut et en arrière.

On sent sur les bords de cet orifice des nodosités dures et nombreuses. Dilatation nulle.

A 1 heure de l'après-midi treize heures après le début du travail, deuxième exploration. Engagement complet de la tête dans l'excavation. L'orifice du col tend à se placer dans l'axe du vagin. Les bords sont ainsi parfaitement accessibles et l'on perçoit dans l'épaisseur, des saillies très dures, qui occupent tout le pourtour de l'orifice. Ces nodosités sont séparées par de légers étranglements ; on dirait des grains de chapelet elli-psoïdaux et juxtaposés. Ces indurations papuleuses sont peu étendues transversalement. Elles empiètent de 1/2 centimètre environ sur le segment inférieur de l'utérus, dont le tissu est tellement aminci et souple que l'on peut reconnaître les sutures et la fontanelle.

A 8 heures du soir, engagement absolument complet.

Orifice du col dans l'axe du vagin. Rotation non faite, dilatation nulle. L'orifice est même rempli par une sorte de magma agglutiné.

En appuyant fortement l'extrémité de la pulpe du doigt sur

ce point, je le sens céder et j'arrive dans la tête recouverte de ses membranes intactes. Les douleurs sont régulières et fortes au point d'arracher à la parturiente des cris extraordinaires.

A 11 heures, même état.

A 4 heures du matin (vingt-huit heures de travail) même état, l'orifice admet à peine l'extrémité de la pulpe du doigt indicateur qui est toujours enterré par ce même cercle de saillies papuleuses.

A 7 heures du matin rupture spontanée des membranes. La mère ne sent plus remuer l'enfant depuis deux heures. Toutefois on entend encore les battements du cœur mais faibles et précipités.

Les douleurs sont de plus en plus fortes, toujours régulières. Depuis la rupture des membranes, les linges sont tachés par du liquide amniotique fortement coloré par le méconium. Au toucher état du col stationnaire; le doigt explorateur revient taché de méconium.

En présence de ces signes qui annoncent la mort imminente du fœtus et en raison de l'épuisement de la mère et de l'absence absolue de toute dilatation, je propose le débridement de l'orifice utérin. Ma proposition est acceptée et je m'adjoins un confrère.

A 9 heures, sans anesthésie préalable, nous plaçons Mme X... en position obstétricale.

Quatre incisions du col sont pratiquées à l'aide de longs ciseaux. Les battements du cœur fœtal étant de plus en plus précipités, nous décidons de faire l'extraction sans attendre que la dilatation se complète spontanément.

Quatre nouvelles incisions sont nécessaires. Les douleurs continuent fortes et régulières.

La première branche du forceps est placée facilement.

La deuxième, après quelques tâtonnements, est introduite et articulée. La tête est prise et seule prise.

Le col bride encore l'occiput et deux incisions sont faites à droite et en arrière.

Des tractions énergiques et prolongées sont nécessaires pour amener la tête à la vulve et pour opérer la rotation. Dégagement en occipito-pubienne sans désarticulation et réapplication consécutive du forceps.

Grâce à la lenteur du dégagement, le périnée est intact, mais la fourchette est déchirée, et il existe une déchirure transversale et oblique très étendue et très profonde de la petite lèvre droite et du vagin. Il est 9 h. 1/2 environ.

Le fœtus, du sexe masculin, en état de mort apparente, est assez vite ranimé.

Pesé le lendemain son poids était de 3.800 grammes.

La délivrance se fait douze minutes après l'accouchement, avec un écoulement de 400 à 500 grammes de sang provenant sans doute des incisions du col et de l'insertion placentaire.

Le placenta énorme présente des traces de dégénérescence dans deux ou trois points. L'utérus modérément rétracté, est à un doigt au dessous de l'ombilic. Un gramme de seigle ergoté. Écoulement de sang très modéré. Compression de l'utérus durant trois quarts d'heure. Pouls : 88. J'abandonne la compression. Un quart d'heure plus tard, c'est-à-dire une heure après la délivrance, l'utérus est incliné vers la droite et dépasse de deux doigts l'ombilic.

L'accouchée se plaint d'un malaise mal défini et de coliques. Pâleur du visage. Pouls : 94. Je soupçonne une hémorragie interne et malgré l'état lamentable du vagin et de la vulve,

j'introduis la main tout entière. Des caillots énormes remplissent tout le vagin et le segment inférieur de l'utérus. Je les fragmente et les extrais.

Immédiatement après, injection intra-utérine d'eau très chaude avec addition d'acide phénique. Pouls: 108. Une piqûre sous-cutanée d'ergotine. Compression du globe utérin durant une demi-heure. L'écoulement vaginal n'est pas excessif.

A 11 h. 1/2, je sens de nouveau l'utérus qui devient mou et qui grossit sous sa main.

Le pouls s'accélère et devient plus petit. Deuxième introduction de la main qui ramène encore quelques caillots. Je sens les lambeaux du col qui flottent dans le vagin ; la limite supérieure des incisions est tellement supérieure que je ne l'atteins pas.

Nouvelle injection intra-utérine avec la sonde de Budin et l'eau chaude phéniquée.

Le sang continuant à couler, le pouls devenant de plus en plus fréquent et filiforme, je fais une injection avec le perchlorure de fer à 30° étendus de trois quarts d'eau chaude. Injections simultanées d'ergotine et d'éther sous la peau.

Le pouls n'est plus perceptible ; le visage est froid ; il n'y a pas de syncopes complètes, ni de sueurs glacées. Cognac, rhum. Après l'injection du perchlorure de fer l'arrêt du sang a été définitif. Le pouls ne reparaît qu'à 5 heures du soir: 140 à 150 pulsations. A 7 heures, pouls : 118 à 120. Température : 38°5.

Deux injections vaginales et phéniquées dans la nuit.

Le deuxième jour, le matin : 38°2 ; pouls : 110. Injections vaginales au sublimé.

Particules abondantes de sang coagulé par le perchlorure de fer ; mais aucun caillot volumineux.

Le soir, grand frisson. Température: 37°. Pouls: 118. Céphalalgie. En raison de l'état de la vulve très tuméfiée et dont les déchirures nombreuses ont pris une teinte noirâtre et une apparence de sphacèle le toucher est impossible et je ne puis introduire le doigt pour guider la sonde dans le col. Je me contente d'une injection vaginale et en fait donner quatre dans la nuit.

Le troisième jour, le matin : 37°2. Pouls : 130. Lochies sanglantes, sans odeur. Le soir, grand frisson suivi de délire avec chants et cris bruyants. Pouls: 60. Température : 40°3.

Malgré l'état de la vulve et les cris de douleur qu'occasionne le toucher, je fais une injection intra-utérine. Elle ramène une bouillie noirâtre de très petits fragments de sang coagulé par le perchlorure de fer.

Le quatrième jour, 38°2.

Abdomen sensible jusqu'à l'ombilic. Injection intra-utérine toutes les quatre heures. Elles deviennent absolument limpides.

Le soir, série de petits frissons, sans délire. Pouls : 130. Température : 37°6.

Céphalalgie intense.

Des tendances syncopales existent depuis le premier jour et se manifestent fréquemment.

Le cinquième jour, le matin : 38°5. Pouls : 130.

Le soir : 39°5. Pouls : 135.

Douleur intense dans toute la région sous-ombilicale avec irradiations aux lombes et aux aines. Sensibilité de toute la région sous-ombilicale ; périmétrite localisée à la région sous-ombilicale, car, il n'y a ni nausées ni vomissements. Lochies peu abondantes, sanglantes, sans odeur : cinq injections intra-utérines, quatre vaginales, glace sur l'abdomen.

Le sixième jour, lochies abondantes, fétides, séro-sanguinolentes. Douleurs moindres. Pouls : 115. Température : 38°2.

Le soir, 39°2. Deuxième accès de délire bruyant. Les injections ramènent du pus en abondance.

Les septième, huitième et neuvième jours, toujours de cinq à six injections intra-utérines par jour La périmétrite est en rétrocession.

La fièvre n'est plus que de 37°8 à 38°5. Pouls : 100-110.

Lochies purulentes abondantes, non fétides.

Les dixième et onzième jours, les injections intra-utérines ramènent non seulement du pus en abondance mais des débris de muqueuse utérine, de 1 à 2 centimètres au moins, absolument lavés par les injections et d'un blanc jaunâtre.

Du douzième au seizième jour, pus crémeux, blanc, sans lambeau de muqueuses. A partir du seizième jour, diminution progressive du pus. Toutefois les injections sont continuées jusqu'au vingtième jour ; l'acide phénique, le sublimé et la créoline furent employés alternativement.

La périmétrite disparut très lentement et deux phlébites, manifestations tardives de l'état infectieux survinrent : l'une, le trentième jour, l'autre, le trente-huitième. La guérison ne fut complète que vers le troisième mois. Le col découpé par de multiples échancrures ne présentait au toucher aucune induration préalable. Au spéculum on voyait cinq ou six fragments séparés par des incisions cicatrisées.

Observation XVII

TARNIER : in *Journ. des sages-femmes*, Paris, 1893, XXI, p. 313.

Dystocie par rigidité syphilitique du col ; mort de la femme par péritonite ayant fait son apparition dix jours après l'accouchement.

Voici un cas de dystocie par rigidité syphilitique du col qui a entraîné la mort.

La femme avait 19 ou 20 ans ; elle était bien portante et il n'y avait à noter rien de particulier, dans ses antécédents, aucune tare dans la famille.

Les dernières règles dataient du 22 au 25 août 1892. Or, le 25 août correspond comme terme de l'accouchement normal au 25 mai. Si nous ajoutons cinq jours en plus, cela nous donne le 30 mai : la femme a accouché le 4 juin ; vous voyez que nos calculs approximatifs ne sont jamais bien loin de l'exactitude absolue.

Deux mois avant son accouchement, cette femme contractait la syphilis, c'est-à-dire qu'elle a pris la syphilis pendant qu'elle était enceinte.

Il y a des observations intéressantes à faire sur cette syphilis contractée deux mois à peine avant l'accouchement. Il y a là une question importante au point de vue de l'enfant. L'enfant, dans ce cas, aura-t-il la syphilis tout comme s'il existait anciennement chez la mère? On voit quel intérêt présente cette question.

En résumé, la femme est à terme ; elle a la syphilis qui a été constatée par l'existence d'un chancre à la vulve et la présence des plaques muqueuses sur le col et au voile du palais.

Les premières douleurs de l'accouchement ont commencé le 2 juin. La femme est entrée ici le lendemain, 3 juin, à 2 heures du matin.

La poche des eaux s'est rompue spontanément le 4 juin, à 4 heures du matin, et, c'est alors que la malade a été portée dans la salle d'accouchement.

La dilatation du col était du diamètre d'une pièce de 1 franc, lorsqu'on a constaté la rigidité du col.

Tout paraît se présenter dans les conditions les plus favorables, tout à l'exception de l'orifice utérin qui est dur et résistant et ne laisse plus aucun doute.

C'est bien un cas de rigidité du col.

C'est le dimanche matin, 4 juin, comme je viens de vous le dire, que j'appris que la poche des eaux était rompue depuis 4 heures du matin, et, que le col était dur. Je fis faire une injection antiseptique, espérant que sous son influence, la dilatation se ferait peut-être.

Le col ne bougea pas, il conserva sa rigidité absolue. N'obtenant rien ainsi et les choses restant en l'état, on mit la femme dans un bain.

Je revins, ce même jour, dimanche à 6 heures du soir, pour voir où en était la malade.

L'enfant rendait du méconium. La dilatation de l'orifice utérin était à ce moment de la dimension d'une petite paume de main et on pouvait essayer d'une application de forceps. Je fis faire cette application de forceps, qui fut bien faite, quoique pas absolument régulière.

Les Allemands donnent des règles immuables, ils vous disent que TOUJOURS, dans une application de forceps, il faut placer la branche gauche à gauche, la branche droite à droite et aller

sans se préoccuper autrement. Mais, cette règle absolue, c'est tout simplement de la barbarie. La vraie règle, celle qu'il faut avant tout s'efforcer de suivre aussi rigoureusement que possible, consiste à appliquer, autant que faire se peut, les deux cuillers, chacune sur une des oreilles du fœtus. C'est là la seule bonne manière dans le maniement du forceps, c'est celle que l'on applique en France, où l'on applique le forceps mieux que partout ailleurs.

Dans le cas dont je vous parle, le forceps a été appliqué un peu de travers, mais je suivais l'opération. Le col bridait : j'ai fait alors des incisions multiples, une à droite, une à gauche, et une troisième presque directement en arrière, et, cela ne suffisant pas, j'en ai fait encore une quatrième vers le côté gauche.

L'accouchement se termina alors sans difficulté.

L'enfant, né en état de mort apparente, fut insufflé. Je recommandai surtout, en raison de la syphilis de la mère, de ne pas l'insuffler de bouche à bouche. Je dis à M^lle^ Hanicot de se servir, pour cette petite opération, du tube laryngien, en un mot, de prendre les précautions les plus minutieuses.

L'enfant a été ramené ; il a crié, puis il a faibli de nouveau ; on l'a encore ramené au moyen de l'insufflation, il a repris encore un peu, mais enfin, après diverses alternatives de faiblesse et de retour à la vie, il a succombé à 11 heures ; il a en somme vécu cinq heures.

Voilà la femme accouchée et délivrée. On lui fait avec le plus grand soin une injection utérine et une injection vaginale et elle est portée dans son lit.

Le lundi, la femme va bien. La température est bonne.

Le mardi, on observe une certaine élévation de température, une chaleur très sensible, et les lochies deviennent très fétides.

On fait une injection intra-utérine au permanganate de potasse.

Voulant me rendre compte de ce qui pouvait occasionner ces divers accidents, je fis placer la femme en travers de son lit, et, je pus ainsi constater que la vulve présentait des eschares. Je demandai des valves de spéculum pour examiner le vagin et vous avez pu voir que la plus grande partie des parois du vagin était envahie par une petite couche grisâtre comme sphacélée.

J'ai alors lavé avec le plus grand soin ces parties; j'ai passé durement sur ces plaques grisâtres sphacélées, des pinceaux assez rudes, de façon à produire un nettoyage plus complet, et, j'ai ensuite badigeonné ces plaques avec de la teinture d'iode. Puis encore, plus haut, dans la cavité utérine, j'ai fait une injection au permanganate de potasse et j'ai passé de la glycérine créosotée. J'ai, sans interruption, recommencé le même traitement, les jours suivants.

Le jeudi, notre malade a eu un léger frisson ; mais le lendemain, et les jours suivants, ce frisson, ne s'est pas reproduit, et, la femme allait mieux, lorsque le jeudi matin, 15 juin, dix jours après son accouchement, elle se plaignit de douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Le lendemain, 16, la douleur s'était propagée à tout le bas-ventre et la femme *vomissait*. C'était une péritonite qui débutait *dix jours après l'accouchement*. Je donnai aussitôt du sulfate de quinine.

Le lendemain samedi, même état. Je diagnostiquai une péritonite de la région épigastrique avec tendance à la formation du pus. M. Fochier, professeur à la Faculté de Lyon, et, M. Thierry, professeur à l'école de médecine de Rouen, préconisent dans ce cas le traitement suivant : ils provoquent la formation d'abcès pour arriver à guérir la péritonite. Dans le but

de déterminer la formation de cet abcès, on injecte 1 gramme d'essence de thérébentine dans le tissu conjonctif. J'ai pour cette femme fait cette injection à la partie interne de la cuisse.

Après ces injections, l'état de la malade a été bien meilleur; la fièvre a diminué, la douleur a disparu, et, j'étais heureux du résultat. Les vomissements avaient beaucoup diminué et avaient complètement disparu lorsque la femme est morte brusquement.

On a fait l'autopsie et on a trouvé de la péritonite.

Il y a pour nous dans cette observation trois points à retenir :

1° La gravité de la rigidité syphilitique ;

2° La péritonite au dixième jour ;

3° Tentative du traitement spéciàl de la péritonite.

Observation XVIII

Schmid: in *Nouvel Arch. d'Obst. et Gynécol.*, Paris, 1894, IX, p. 410.

Sur un cas de rigidité syphilitique du col de l'utérus.

Cor... (Anna), 21 ans, couturière, entre le 6 juillet 1894 à Beaujon, salle L. Dubois, n° 10, service de M. Ribemont-Dessaignes, remplacé par M. Doléris.

Antécédents héréditaires. — Père mort de la poitrine à 34 ans; mère atteinte d'affection cardiaque ; frères et sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Age du début de la marche inconnue. Scarlatine à 8 ans.

Réglée à 13 ans, régulièrement, pendant six à sept jours.

A 16 ans, influenza, puis rhumatisme articulaire aigu pour lequel elle garde le lit quatre mois, complications pleurales.

A 18 ans 1/2 accouche à terme et normalement d'un enfant bien portant, vivant encore. Sujette aux bronchites, surtout l'hiver.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, le 8 septembre pendant six-sept jours. Au commencement de juin, elle est prise de céphalée surtout nocturne, avec maximum au vertex d'un point de côté assez violent, gênant la respiration ; toux depuis une quinzaine s'accompagnant de fièvre et de frissons.

Elle entre à Beaujon, dans le service de M. Rigal. Les phénomènes thoraciques cèdent rapidement après l'application de quelques ventouses scarifiées.

On la garde à l'hôpital, après sa guérison, parce qu'elle approche de son terme, et le 6 juillet, comme elle se plaint de quelques douleurs, on la fait passer à la salle L. Dubois.

État actuel. — Femme intelligente, châtain clair, petite, maigre, constitution faible ; ventre développé, nombreuses vergetures récentes, couleur lie de vin clair ; utérus paraissant à terme, seins moyens, avec aréole secondaire foncée et tubercules de Montgoméry hypertrophiées.

A la palpation de l'utérus, on constate une présentation du sommet en droite ; bruits du cœur à droite.

Au toucher : sommet mobile, un peu engagé ; col entr'ouvert à l'orifice externe volumineux, épais, hypertrophié sur toute son étendue, mais surtout au niveau de sa lèvre antérieure, qui est plus dure , pas de bosselures, pas de cicatrice.

Urines normales, craquements aux sommets de la poitrine en arrière, rien au cœur.

7 *juillet.* — Les douleurs que la malade ressentait hier ont cessé.

12 *juillet.* — On constate sur l'abdomen une éruption très discrète de macules rose très pâle, difficilement visibles à cause des nombreuses vergetures violacées.

16 *juillet.* — L'éruption s'est accentuée ; elle existe aux

cuisses et au thorax et surtout aux flancs. On constate dans l'aine gauche deux ganglions du volume d'une noisette, durs, non douloureux, situés sur l'arcade de Fallope; les autres ganglions sont très petits, du volume d'un grain de plomb mais perceptibles

M. Doléris qui examine la malade pose le diagnostic de chancre de la lèvre antérieure du col de l'utérus, induration de cette région.

En examinant la femme au spéculum, on constate sur la lèvre antérieure, deux exulcérations très superficielles, se continuant l'une avec l'autre et présentant aussi une forme *en biscuit* d'une longueur totale de 1 cm. 5 environ, d'une couleur rouge sang, jaune d'or en certains points périphériques, légèrement surélevées, mais se continuant sans transition avec le reste de la lèvre antérieure, qui est dure, volumineuse et régulièrement arrondie. La lèvre postérieure est un peu hypertrophiée et plus dure qu'à l'état normal.

Les douleurs du travail commencèrent le soir à 8 h. 1/2.

17 *juillet*. — Malgré les douleurs fortes et fréquentes qui se sont succédées toute la nuit, le col présente une dilatation comme 50 centimes seulement. Les bords sont épais, comme si l'effacement ne s'était pas produit.

A midi la situation n'ayant pas changé nous plaçons l'écarteur de Tarnier. Le soir la dilatation atteint les dimensions de 5 francs, on retire l'écarteur.

Les bords sont encore très épais, durs, tendus.

La poche des eaux bombe. Les douleurs continuent, fréquentes et fortes. Malgré cela, la dilatation ne fait aucun progrès ; la femme se fatigue, elle est énervée et agitée. Nous lui donnons dans le courant de la nuit 1 gramme de chloral.

18 *juillet.* — Même état du col. Il y a trente-six heures que la femme est en travail. Nous nous disposons à pratiquer les incisions du col. A ce moment et avant toute intervention, la malade a une douleur violente et la tête fœtale arrive brusquement au détroit inférieur.

La termination de l'accouchement se fit normalement, la tête se dégagea en OP ; mais elle eut quelque peine à franchir l'orifice vulvaire, qui était très œdématié.

Après la délivrance, qui fut naturelle et complète, nous constatons une déchirure du col utérin à gauche remontant jusqu'au cul-de-sac vaginal. La vulve présente trois déchirures superficielles, n'intéressant que la muqueuse et siégeant l'une sur la paroi postérieure du vagin, en dedans de la fourchette ; les deux autres de chaque côté du clitoris. Lavage au sublimé ; tamponnement à la gaze iodoformée.

Enfant vivant, bien constitué : poids : 3.500 grammes ; longueur : 53 centimètres.

Diamètres de la tête :

OF : 11,5.

OM : 14,5.

BP : 9.

BT : 8.

SOB : 10 centimètres.

Annexes. – Placenta circulaire : 500 grammes ; cordon moyen ; membranes entières ; liquide amniotique vert.

19 *juillet.* — La roséole s'est effacée ; l'état général est très bon. Le chancre existe encore, la lèvre antérieure est toujours dure et œdématiée.

2 *août* — Depuis le 23 juillet la température matinale a été normale ; la température du soir a oscillé aux environs de 38°.

On a fait chaque jour une large irrigation du vagin et un pansement à la gaze iodoformée.

La déchirure persiste, les lèvres du col sont maintenant volumineuses ; la partie correspondant au chancre présente une légère exulcération de très petit volume.

10 *août.* — Le col est revenu à ses dimensions normales ; on ne distingue pas de trace du chancre ; la déchirure non complètement cicatrisée est encore rouge vif, ainsi que l'orifice externe dont le pourtour présente une légère exulcération.

L'état général est bon, la malade a engraissé.

15 *août.* — La malade quitte l'hôpital.

Observation XIX

Cioja (A.) : in *Ann. d'ostetricia Milano,* 1894, XVI, p. 487.

Distocia grave per sclerosi sifilitica dell collo uterino.

Il s'agit d'une femme de petite stature, qui entre à la clinique le 7 juillet 1893. Primipare, elle se trouve à la période la plus avancée de la grossesse. Un examen sommaire de l'état squelettique, en général, et du squelette pelvien, en particulier, permet d'exclure l'existence d'une viciation pelvienne et l'on trouve la parturiente arrivée à la seconde quinzaine du neuvième mois.

Femme d'aspect assez souffreteux, rachitique, pâle, émaciée : on la met au repos absolu avec régime reconstituant. Sept jours après son entrée à la clinique, on fait un nouvel examen obstétrical, au cours duquel on acquiert la conviction que cette femme souffre d'une affection pulmonaire. Elle est arrivée aux derniers jours de sa grossesse : à l'examen, fœtus vivant, en

présentation du sommet et déjà engagé dans la partie moyenne de l'excavation. Battements réguliers entendus dans le quart inférieur gauche de l'abdomen. Le col utérin n'était pas effacé ; il avait une longueur de 1 cm. 1/2 environ et permettait le passage facile du doigt explorateur (2 centimètre environ de dilatation) ; en outre, il avait une consistance anormale provenant de sa dureté. Cette dureté se remarquait surtout dans sa moitié antérieure, où il avait encore une forme un peu irrégulière ; il était légèrement tailladé.

Sur la grande lèvre droite, on trouve une ulcération arrondie, large de 1 centimètre environ, à base assez indurée, un peu rouge sur ses contours et peu dolente. Hypertrophie des ganglions inguinaux qui sont isolés, mobiles, plutôt durs.

En recherchant les antécédents de cette femme, on trouva que depuis quelques années, une journée avant l'apparition de ses règles, elle avait des vomissements qui disparaissaient avec ses règles et qui se reproduisaient à chaque nouvelle menstruation.

Arrivée au troisième mois de sa grossesse, elle a des vomissements fréquents mélangés de sang qui la font admettre à la clinique médicale où on la traite par le régime lacté et des pilules de glace pendant un mois et demi. Elle sort de la clinique améliorée et les vomissements ne se reproduisent plus jusqu'au jour où elle commence à travailler.

Elle ne se souvient pas d'avoir eu une éruption ou des taches sur la peau. Elle se souvient seulement que, vers le cinquième mois, elle eut une autre petite plaie à la grande lèvre droite et qui disparut, d'elle-même. Elle ne se souvient pas d'avoir eu des douleurs ostéocopes des jambes. Elle a eu une céphalée frontale très forte pendant le dernier mois de sa grossesse.

Elle ne se souvient pas d'avoir eu de la stomatite ou de la pharyngite. Dans les derniers mois de sa grossesse, elle était d'une faiblesse très grande et restait fréquemment au lit.

Appareil digestif en très mauvais état. Perte précoce et presque complète des dents ; celles qui restent sont dans un état de carie très avancée : odeur très forte de putréfaction buccale ; langue enflammée. Inappétence. Digestion difficile. Selles diarrhéiques assez fréquentes dans les quelques jours qui précèdent l'accouchement. Pas de fièvre. Quelques douleurs lombo-abdominales (contractions utérines).

Diagnostic porté. — Syphilis à la période secondaire avec cachexie syphilitique manifeste et sclérose syphilitique du col utérin, compliquant la grossesse.

Une semaine après son entrée à la clinique, c'est-à-dire le 15 juillet, rupture spontanée des membranes ; puis, contractions utérines, d'abord légères, mais qui vont en s'accentuant. Selles diarrhéiques accompagnées, à nouveau, de vomissements : opium, bismuth, pilules de glace et régime approprié. T. : 37°. La femme entre décidément en travail.

L'appareil circulatoire et l'appareil respiratoire ne présentent pas de lésions notables.

Aussitôt après la rupture des membranes, écoulement du liquide amniotique. Les contractions utérines ne sont pas très fortes, et sont accompagnées de selles diarrhéiques. Le col utérin se maintient toujours dans les mêmes conditions, c'est-à-dire qu'il reste avec une dilatation de 2 centimètre. et un bourrelet induré d'environ 1 cm. 1/2. Présentation du sommet. T. : 37° le soir ; 36 5/10-36 8/10 le matin.

Le 17 juillet. — Liquide amniotique mélangé avec du méconium ; les contractions utérines augmentent ; on place dans

le col utérin, non sans difficultés, un ballon de Barnes. Les douleurs se font plus fréquentes.

Lorsqu'on enleva le ballon de Barnes, on constata que la dilatation était un peu augmentée, bien que le ballon employé fût du plus grand numéro. A la suite du ballon, on vit s'écouler un liquide fortement teinté de méconium, et ayant une odeur fétide. Un peu d'œdème des parties génitales externes. Le liquide amniotique a une forte odeur de putréfaction ; pourtant le fœtus est vivant. Dès lors, les contractions utérines se ralentissent ; et la femme se fatigue et s'épuise. Vomissements persistants. Température toujours basse (37-37 2/10). On se décide à délivrer la femme en faisant une incision cervicale et en préparant le forceps en vue d'une craniotomie possible.

Chloroformisation : la femme, endormie, est examinée à nouveau. Dilatation de 4 centimètres environ ; col utérin très dur, rigide. Sommet fœtal descendu presque jusqu'au segment inférieur ; petite fontanelle presque sous le pubis. On fait plusieurs incisions sur le col avec un bistouri boutonné, tant sur la partie antérieure que sur les parties latérale et postérieure. Application de forceps : la nuque était bien engagée sous le pubis.

Tout en faisant des tractions, on pratique quelques autres incisions sur l'orifice utérin qui semble être cartilagineux. Dégagement pénible du fœtus. Déchirure du périnée. Fœtus vivant, mais en état d'asphyxie légère ; il porte les traces du forceps. Les sacs conjonctivaux sont remplis de matières sanguinolentes mélangées de méconium et de liquide vaginal. Après l'extraction du fœtus, on perçoit une odeur encore plus forte de putréfaction. L'enfant est ranimé par les moyens ordinairement employés.

Extraction du placenta par expression. Hémorragie profuse

provenant des incisions utérines Un grand lambeau de l'orifice antérieur du col utérin prolabe par les voies génitales. Les incisions se sont agrandies en haut. Le vagin porte également une lésion dans sa moitié supérieure gauche. Les lambeaux d'incisions sont saisis avec des pinces d'Hégar.

Injection d'ergotine Bombelon ; et sutures rapides au catgut avec les aiguilles pour le col (Martin). Les sutures sont très laborieuses et assurent rapidement l'hémostase. Tamponnement du vagin. Suture du périné. L'hémorragie cesse. L'utérus est contracté. La femme est remise dans son lit avec une vessie de glace sur le ventre.

Accélération notable du pouls pendant les huit premiers jours qui suivent l'opération : P. : 100 à 110. R. : 20 à 22 à la minute. Le quatrième jour, T. : 38° 5/10. Injections vaginales répétées avec de l'eau bouillie filtrée et une solution phéniquée à 2 1/2 0/0. Les lochies conservent toujours une forte odeur de putréfaction. Le cinquième jour, expulsion dans les injections, de nombreux catguts. La malade qui, maintenant, urine spontanément, n'a plus besoin d'être sondée.

Trois fois par jour, vin de Marsala. Le sixième jour, on commence à donner des aliments solides. Les jours qui suivent voient s'accroître l'état d'anémie et de prostration dont la malade souffrait : régime toxique et reconstituant.

Dans le lambeau du col qui s'est détaché on fit des coupes microscopiques qui furent colorées à l'hématoxyline Delafield et à l'hématoxyline mélangée avec la couleur orange.

Sous le microscope, on voit, dans la coupe, une zone blanchâtre, d'aspect fibreux, de 1/2 centimètre environ, qui est limitée, sans transition, par une zone de tissu ayant une coloration rouge vineuse. Il semble qu'en ce point, il y ait eu transition

entre un tissu fibreux et un tissu musculaire plus sain. En même temps, on voit nettement une infiltration très abondante des tissus, avec de petites cellules rondes, lymphoïdes, isolées, et mélangées à d'autres cellules où l'infiltration était moins prononcée. En de nombreux points, ces cellules pénétraient entre les fibrilles et les cellules musculaires dissociées. Ces éléments abondants, étaient petits, ronds, uniformes, granuleux et fortement colorés à l'hématoxyline.

Les vaisseaux étaient plutôt nombreux et, de préférence, à grosse paroi. On ne trouvait en nombre que ceux dans lesquels on voyait avec netteté, non seulement l'épaississement des parois avec prolifération de l'endothélium, mais encore l'infiltration des cellules rondes s'introduisant entre les éléments des parois épaissies. Ce phénomène était très net et se voyait assez fréquemment dans toutes les coupes.

Quant aux lésions de dégénérescence de la cellule musculaire, on trouva, dans quelques cellules, un noyau assez allongé et très déprimé en son centre ; dans d'autres cellules, une partie était colorée, et l'autre avait gardé l'aspect granuleux ; d'autres cellules musculaires encore avaient un noyau fragmenté en deux et même trois parties ; la plupart de ces fragments était colorée ; le reste de la cellule avait l'aspect granuleux et décoloré.

Au milieu de ces cellules musculaires, abondante infiltration de cellules rondes se manifestant plus nettement dans les parties voisines des vaisseaux sanguins. Mais en faisant un examen attentif des préparations on avait l'impression très nette qu'il s'agissait là, non d'un foyer, mais d'une affection diffuse, une espèce d'infiltration granulomateuse du tissu conjonctif interfibrillaire, en état de dégénérescence manifeste.

En quelques points, on remarquait aussi quelques gros fais-

ceaux fibreux liés à cette infiltration granulomateuse ; mais cette particularité était rare dans les préparations. Avec la coloration orange et hématoxyline, généralement peu usitée (coloration lente), la démonstration était assez évidente : les coupes prenaient, sous le microscope, une coloration brune.

Dans d'autres préparations, où les fibres musculaires étaient coupées perpendiculairement à leur axe longitudinal, les fibres, vues en coupe, avaient une coloration uniforme, jaune, à cause du colorant orange. Le protoplasma, disposé d'une façon peu uniforme, avait l'aspect d'une dégénérescence hyaline des fibres musculaires.

Dans d'autres coupes faites perpendiculairement au canal cervical, on trouvait, vues en coupe, de grandes glandes cervicales dont l'épithélium était parfaitement conservé, rempli de substance colorée à l'hématoxyline, et parsemée de débris cellulaires.

Dans les tissus voisins des glandes, on observa de nombreuses coupes de lymphatiques, remplis exclusivement de leucocytes, fortement colorés à l'hématoxyline, et quelques rares vaisseaux sanguins assez volumineux.

La muqueuse pouvait être considérée comme normale. L'examen microscopique démontre que la lésion anatomique était évidemment localisée au tissu musculaire.

Observation XX

CIOJA (A) : *Ibid. Ibid.*

Femme P. G..,, entre à la clinique obstétricale de Milan, le 24 avril 1892. Tertipare : en travail depuis trois jours ; inertie utérine. La femme présente, sur la peau, des taches qui res-

semblent à de la roséole syphilitique. Rigidité syphilitique de l'orifice utérin. Dilatation de 5 centimètres. Présentation du sommet dans l'excavation en OIDA.

Fœtus vivant. On ne trouve pas de traces de l'accident syphilitique primaire. Infiltration des ganglions inguinaux. Le mari de cette femme est notoirement syphilitique. Col utérin très résistant. Diminution des contractions utérines. L'orifice utérin est toujours dans le même état. Expulsion de méconium et battements fœtaux très irréguliers. Dilatation du col avec le dilatateur de Bossi, ce qui permet de faire l'application de forceps; déchirures multiples de l'orifice utérin. Pendant l'application de forceps on dut faire des incisions supplémentaires sur l'orifice utérin à droite. Fœtus vivant. Expulsion du placenta suivant la méthode de Credé : le placenta est peu altéré. On administre 1 gramme de seigle pour empêcher l'hémorragie. Celle-ci ne cessant pas avec les procédés ordinaires et l'utérus étant contracté, on place une longue valve pour permettre l'examen du col ; les lambeaux du col sont saisis avec des pinces de Schrœder. Cette manœuvre permet de découvrir une large déchirure sur le côté gauche du col, en un point où l'une des branches du dilatateur dut porter. Suture immédiate de cette déchirure au catgut ; on saisit avec une pince de Péan, une petite artère qui donnait abondamment sur le côté latéral gauche du col. L'hémorragie cesse. La femme se sent bien. Suites puerpérales apyrétiques.

Revue depuis cet accouchement, la malade a un col utérin qui est revenu à peu près à l'état normal ; seulement, à gauche, on sent une induration cicatricielle qui fixe le col vers la paroi pelvienne.

(Cas inédit recueilli dans la statistique du Dr Ferri.)

Observation XXI

Cioja (A.) : *Ibid. Ibid.*

Femme G. L...., entre le 2 avril 1892. Primipare au septième mois. Ulcérations syphilitiques des organes génitaux externes avec infiltration et induration des ganglions inguinaux. Les deux ulcérations sont situées à la commissure vulvaire postérieure. A l'examen au spéculum (car l'exploration digitale avait révélé une induration cervicale) on voit que le col est le siège d'une ulcération ayant tous les caractères d'une ulcération syphilitique.

Le liquide amniotique est déjà évacué. La dilatation du col n'est que de 1 centimètre.

Amincissement notable du segment inférieur de l'utérus dans lequel est expulsé une bonne partie de fœtus. Les contractions utérines sont vives : tétanie utérine avec mènace de rupture. On applique le dilatateur de Bossi, et en vingt cinq minutes on obtient une dilatation de 6 centimètres, mais avec trois déchirures correspondantes aux trois branches du dilatateur. Forceps dans l'excavation. Pendant l'application, on est obligé de faire trois incisions sur l'orifice utérin. Extraction d'un fœtus vivant qui meurt peu de temps après.

Suites puerpérales physiologiques.

(Cas inédit recueilli dans la statistique du Dr Sangregorio.)

Observation XXII

MARTIN (A): in *Norma. Médic. Rouen*, 1893, XI p. 45, et in Thèse. Paris, FÉROUELLE, 1902.

Rigidité syphilitique du col.

La malade âgée de 20 ans et primipare entre à la maternité le 28 octobre à 5 heures du matin pour y accoucher d'un enfant reconnu par l'examen, vivant, à terme, et se présentant par le sommet en OIGP. Le travail est commencé depuis 1 heure du matin et la poche des eaux s'est rompue aux premières douleurs. Depuis lors, les contractions utérines sont énergiques et douloureuses.

Le bassin est normal ; le col effacé « mais présentant un bourrelet circulaire d'environ 1 centimètre d'épaisseur, ayant une consistance dure, lépreuse avec œdème périphérique ».

L'examen de la vulve révèle l'existence sur la face interne de la grande lèvre gauche d'une ulcération à base indurée qui au dire de la malade serait survenue il y a deux mois, par conséquent au septième mois de sa grossesse. Au pourtour de cette ulcération et jusqu'au niveau de la fourchette existe un œdème résistant, de consistance fibreuse.

Les ganglions inguinaux et en particulier celui qui reçoit directement les lymphatiques de la vulve, sont très tuméfiés. Sur le tronc et les membres inférieurs existe une roséole qui date de quinze jours.

L'urine est normale.

Bien que le travail soit commencé depuis 1 heure du matin, je ne trouve à ma visite, vers 10 heures, qu'une dilatation à

peine de l'étendue d'une pièce de 1 franc ; le col est dur, rigide, avec les caractères que je vous énumérais tout à l'heure.

A 6 heures du soir, le même jour, la dilatation n'a pas progressé. La malade est mise dans un grand bain pendant une heure ; après quoi, on lui donne des injections vaginales d'eau tiède bouillie. Toute la nuit, les douleurs sont vives. Le lendemain, à 8 heures, la dilatation n'est pas encore complète ; elle a toutefois fait quelques progrès, car l'orifice a maintenant les dimensions d'une paume de main ; mais les bords en sont toujours durs et tendus ; ils donnent au doigt la sensation d'un anneau de caoutchouc qui enserre fortement une bosse séro-sanguine volumineuse, descendant jusqu'au périnée.

Le peu de liquide amniotique demeuré dans l'utérus s'écoule teinté de méconium. Les bruits du cœur sont ralentis. On les perçoit plus en avant vers la ligne ilio-ombilicale.

Voilà près de trente-deux heures que cette femme est en travail ; les contractions utérines ont été énergiques, et pourtant le col toujours incomplètement dilaté bride fortement la tête qu'il empêche de descendre. Il va falloir intervenir, car à l'effort de l'utérus viennent maintenant s'adjoindre de violentes contractions des muscles abdominaux ; la parturiente, à chaque douleur, pousse de toutes ses forces. Il y a lieu de craindre une rupture du col, voire même une rupture du corps de l'utérus ; et, d'autre part, l'enfant souffre ; il va succomber si l'on ne vient à son secours.

Que faire ? Je répondrai tout à l'heure à cette question, car je n'eus pas le temps de prendre un parti auprès de notre accouchée. En effet, tandis qu'on préparait divers instruments et qu'on courait me demander, la malade accouchait spontané-

ment à 9 h. 45 du matin d'un enfant vivant, du poids de 3.030 grammes.

Elle avait eu tout à coup une sensation de déchirure et de craquement, après laquelle le doigt explorateur n'avait plus retrouvé l'espèce de diaphragme formé par le col.

Puis quelques contractions avaient suffi pour expulser la tête dont le passage brutal au travers d'une vulve œdématiée, en avait amené la déchirure et celle du périnée jusque près de l'anus...

L'auteur attribue la rigidité à la syphilis et non à un chancre syphilitique.

Observation XXIII

Remy (S.) : in Thèse Férouelle, p. 56, et in *Rev. méd. de l'Est*, 1896.

Induration et infiltration scléreuse du col utérin ; putréfaction du liquide amniotique ; débridements.

La nommée V.... âgée de 26 ans, primipare.

Entrée à la Maternité le 30 août 1899, à 9 heures du soir, ayant perdu les eaux depuis deux jours. On constate que le col n'est pas effacé, d'une longueur de 1 cm. 1/2, il est dur, cartilagineux et on prévoit pour plus tard la nécessité d'un débridement. Pendant la nuit on lui fait plusieurs injections de guimauve. Dos à gauche, tête peu engagée, bruits du cœur à gauche et normaux.

Le 1er septembre. — J'examine la femme à 7 h. 1/2 du matin, le col est effacé, la dilatation égale une pièce de 2 francs ; la tête est assez engagée.

Nous notons une épaisseur extraordinaire du segment inférieur

formé alors par le col dilaté et évasé, qui atteint l'épaisseur d'un bon travers de doigt, 1 bon centimètre et plus, surtout en avant et à droite ; en arrière l'épaisseur était un peu moindre, mais l'ensemble de cette partie utérine donnait la sensation d'une région cartilagineuse ; bords de l'orifice durs et tendus.

La muqueuse paraît bosselée dans tout le pourtour ; cet état ne pouvait être dû qu'à un état de développement extraordinaire du tissu fibreux.

Les contractions étaient fortes, régulières comme intensité et comme fréquence.

L'enfant va bien, il y a du méconium dans le liquide qui s'écoule. Nous notons en outre à la partie inférieure de la grande lèvre gauche un chancre syphilitique et au-dessous de la vulve des végétations.

Je prescris 1 gramme de succinate d'ammoniaque dans 140 grammes de véhicule et la continuation des injections de guimauve.

A 3 heures de l'après-midi, les contractions étaient moins fortes, plus espacées, l'état de l'orifice et du segment inférieur n'avait pas changé. Je me décide à faire de petites mouchetures avec ciseau et bistouri sur le pourtour du col ; le résultat fut que la dilatation acquit le diamètre d'une pièce de 5 francs.

A 8 heures du soir, je trouvai la femme dans un état de repos relatif, le travail presque suspendu, on jugea utile de laisser la femme prendre un peu de repos, tout en surveillant son état et celui de l'enfant et en assurant une antisepsie rigoureuse.

De 10 h. 1/2 à minuit, les contractions sont intenses, tellement qu'au toucher, la pression de la tête est telle qu'on craint une rupture du col. Nouveau calme de minuit à 4 heures.

A 5 heures du matin, vu l'absence de progrès et vu la durée du travail et la vitalité de l'enfant et d'un commencement de fétidité du liquide amniotique, je me décide à faire de larges débridements. Position en travers, lavages au van Swieten, je place une valve de Sims qui me découvre l'orifice utérin qui laisse voir la tête. Je commence l'incision par le côté droit, le plus épais et le plus large (l'orifice est un peu dévié à gauche), je fais l'incision avec un long bistouri boutonné, et je continue avec les grands ciseaux de Dubois. Je donne à l'incision une longueur de 2 cm. 1/2 environ. L'hémorragie est modérée.

Seconde incision un peu moins prolongée du côté gauche, peu saignante également, irrigations antiseptiques fréquentes. Je procède à une troisième incision directement en avant, l'épaisseur est presque de 1 cm. 1/2, longueur 1 cm. 1/2. Il y a encore un segment épais qui résiste à droite et en avant, je fais encore une quatrième incision entre l'antérieure et celle de droite. La dilatation atteint les dimensions de la paume de la main. A ce moment on sentait les deux fontanelles ; je ne jugeai pas prudent d'inciser sur la lèvre postérieure qui d'ailleurs se retirait bien en arrière. Nous abandonnons le travail à la nature.

A 11 h. 1/2, les contractions sont ralenties, l'enfant vit toujours, le liquide amniotique est plus fétide. Température : 38°8, pouls : 104.

État général bon cependant. Pour favoriser la dilatation, je plaçai à droite et à gauche les deux branches du dilatateur de Tarnier ; la présence de l'instrument réveille les contractions qui deviennent presque continues ; l'instrument reste jusqu'à 2 h. 1/2 ; pendant ce temps-là la tête s'était fléchie, la petite fontanelle s'était abaissée. La lèvre gauche et la postérieure sont effacées, seulement à droite le col résiste encore.

A 7 heures le col est presque effacé, les bruits du cœur après avoir été tumultueux reprennent normalement.

A 8 h. 1/4, col disparu, j'interviens avec le forceps Tarnier (petit modèle). L'application commencée par la branche gauche est facile, mais s'accompagne d'un écoulement de sang. Je tire bien doucement, redoutant l'agrandissement des incisions et leur prolongement sur le corps de l'utérus. L'extraction est cependant facile et simple; dégagement assez lent à travers la vulve (légère déchirure). On tire sur la tête et l'enfant vient sans peine. Immédiatement, il respire et crie bien, 3.070 grammes, fille, mais il est couvert d'un méconium fétide. Il est suivi d'un écoulement de méconium fétide. Immédiatement j'irrigue largement le vagin et l'utérus avec une solution au naphtol B au 0,30/000. Peu d'écoulement de sang. Utérus d'abord gros et mou, puis se resserre. La délivrance se faisant un peu attendre, et le col, malgré ses incisions qui l'ont transformé en une série de bourrelets, se resserrant, on juge utile de faire la délivrance artificielle en décollant le placenta qui était adhérent dans toute sa surface. Pendant que la main était dans l'utérus mou, on fait une large irrigation chaude (naphtol), il semble manquer une portion de membrane, on en ramène encore un débris. Seigle ergoté 0,50, puis vingt-cinq minutes après 0.50. Matrice bien contractée. Ecoulement modéré normal.

Au milieu de ces manœuvres, on trouve que c'est l'incision droite qui s'est la plus prolongée, sans atteindre de limites dangereuses.

A minuit, injection intra-utérine au naphtol, plusieurs vaginales.

A 6 heures du matin, injection intra-utérine ; détritus.

Le 3 septembre, à 2 heures après-midi, trois parcelles de mem

branes dans le liquide de l'injection Plusieurs injections vaginales dans les intervalles.

Va bien ce matin, pas de sensibilité du ventre, température 36°8. Urine spontanément.

L'enfant va bien.

Malgré tous nos soins, la mère ne put résister à l'infection et mourut d'accidents puerpéraux.

Cet épaississement scléreux du col tenait-il à la syphilis ?

C'est possible. L'enseignement qui découle de ce fait est que, dans les cas d'infiltration fibreuse du col résistant aux efforts naturels de la dilatation, il ne faut pas attendre au delà de ce que permet une sage prudence.

Il est préférable de recourir à un débridement sanglant sur plusieurs points de ce col, car la contraction musculaire ne peut pas vaincre la résistance opposée par ce tissu fibreux.

Observation XXIV

Le Bigot : in Thèse Paris, juillet 1899.

La nommée B... Marie, journalière, âgée de 32 ans, entre au dortoir de la clinique Baudelocque le 14 avril 1899.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort éthylique; sa mère est bien portante.

Antécédents physiologiques. — Elle a marché à 1 an, toujours bien ; réglée à 14 ans ; ses époques ont toujours été régulières ; elle n'a pas d'antécédents pathologiques.

A 30 ans, première grossesse à évolution normale. Accouchement à terme. Sommet spontané. Fille vivante élevée au sein maternel, âgée de 22 mois, bien portante.

Les règles furent régulières mais peu abondantes pendant l'allaitement.

Grossesse actuelle. — Dernière apparition des règles du 15 au 17 août 1898.

La femme ne s'est reposée que depuis son entrée au dortoir le 14 avril. La hauteur de l'utérus est de 31 centimètres.

On ne constate d'albumine dans les urines, ni pendant la grossesse, ni au moment de l'accouchement.

A l'examen, on trouve que la colonne vertébrale est déviée à droite dans la région dorsale supérieure et dans la région dorso-lombaire. Les dents sont crénelées. Les hanches sont à la même hauteur ; les faces internes des jambes ne sont pas en contact ; le bassin est normal.

A son entrée dans le service (14 avril) on constate sur tout le corps des taches cuivrées de syphilis que la malade dit avoir remarquées, elle-même, depuis quinze jours environ. Elle présente en même temps des plaques muqueuses à la vulve, et des ganglions inguinaux accusés surtout du côté gauche.

Elle se plaint d'avoir des maux de gorge depuis le 11 avril. A l'examen, on trouve les amygdales tuméfiées et rouges ainsi qu'une teinte opaline du côté droit.

Elle s'est mariée le 7 mars 1899 ; mais elle connaît son mari depuis le mois d'août 1898 : il était bien portant à cette époque. Il entre en novembre dernier à Saint-Louis où il reste en traitement jusqu'au jour de son mariage ; depuis sa sortie, il ne se soigne plus.

Au palper, on trouve la tête en bas mobile, le dos à droite. Enfant vivant.

Au toucher le col présente une *induration ligneuse*, il est

bosselé, irrégulier, long et fermé, si bien que M. Bigeix croit toucher un *pessaire*.

Le 19 avril, le professeur Pinard pratique l'examen au spéculum. Le col est rouge, œdématié et présente sur la lèvre postérieure une ulcération dont le fond est grisâtre et tapissé de fausses membranes. La malade est soumise immédiatement au traitement antispécifique.

Le 25 avril à minuit, la femme ressent les premières douleurs.

A l'examen : sommet qui s'engage en D, col en voie d'effacement, *ne présentant plus la dureté ligneuse initiale*. L'orifice est dilaté comme une pièce de 50 centimes.

Les membranes sont intactes. La femme dit avoir perdu de l'eau le 23 à 7 heures du soir, cependant on trouve une poche des eaux qui bombe à l'orifice. La tache produite sur les draps, par cette prétendue perte des eaux, semblait due à un liquide jaunâtre, épais : elle avait l'étendue d'une paume de main.

Les contractions apparaissent régulièrement toutes les vingt minutes. Les bruits du cœur fœtal sont à 130. Température : 36°8. Pouls : 86.

Le 26 avril, à 7 heures du matin, la dilatation est d'un peu moins de un franc. Le col incomplètement effacé donne encore au doigt la sensation d'un bourrelet dur et irrégulier. Pendant les contractions la poche des eaux vient bomber à travers l'orifice, et dans l'intervalle, le doigt arrive sur la tête dont les sutures sont orientées en D. T.

Les contractions deviennent plus rares. On les constate à : 8 h. 5 ; 8 h. 25 ; 8 h. 30 ; 8 h. 55 ; 9 h. 10 ; 9 h. 35 ; 10 h. ; 10 h. 25 ; 10 h. 55 ; 11 h. 7.

A 2 heures du soir, le col est dans le même état, et la dilatation n'a pas progressé.

On fait des injections chaudes fréquentes.

Le professeur Pinard ayant examiné la femme prie M. Funk de faire des incisions.

A 3 h. 15, M. Funk pratique à l'aide des ciseaux quatre incisions de un centimètre sur quatre points de l'orifice.

Injections chaudes. Pouls : 104. Température : 36°7.

Cœur fœtal : 140.

La malade souffre toutes les quinze minutes environ jusqu'à 6 heures du soir.

A ce moment, en pratiquant le toucher, on constate que les bords de l'orifice sont revenus sur eux-mêmes.

A 7 h. 30, rupture spontanée des membranes.

A 8 heures, la dilatation est inférieure à deux francs. A partir de 6 heures du soir, les contractions deviennent excessivement rares et courtes.

A 7 h. 15, la dilatation reste stationnaire.

M. Funk, au toucher, remarque la formation d'une bosse séro-sanguine.

A 9 h. 45, on fait une injection à 48 entre la tête fœtale et l'orifice.

A 10 heures, les contractions devenues plus fréquentes se succèdent de cinq en cinq minutes. Pouls : 112. Température : 37°.

Jusqu'à 1 heure du matin (27 avril) les contractions augmentent de fréquence et de durée. Elles paraissent aussi plus violentes.

De 1 heure à 2 heures, elles paraissent diminuées de longueur et de violence, mais sont toujours fréquentes. Depuis que les incisions ont été faites, l'orifice du col donne la sensation d'un collier de pièces dures à bords épais et recroquevillés.

Jusqu'à 4 heures du matin, les contractions s'espacent de plus en plus.

De temps en temps, la femme a une douleur assez forte, puis les contractions deviennent courtes, irrégulières, jusqu'au point de cesser presque complètement à 4 h. 30. On donne une nouvelle injection chaude à 50.

Pouls est à 100. Température : 37°3. Cœur fœtal : 140.

A 2 h. 15, la dilatation dépasse le diamètre d'une pièce de 2 francs. On fait des injections fréquentes. Les douleurs apparaissent alors toutes les dix minutes environ jusqu'à 4 heures du soir. A ce moment, sur les conseils du professeur Pinard, M. Funk agrandit les deux incisions antérieures. La dilatation est de 5 francs.

A 7 h. 15, elle est égale à une petite paume.

Depuis ce moment, jusqu'à 8 heures, absence totale de contractions; elles reviennent alors toutes les cinq minutes.

A minuit, les douleurs cessent pour reparaître toutes les dix minutes.

A 3 h. 15 (28 avril), la dilatation est un peu plus d'une petite paume. Pouls: 144. Température : 37°5. Cœur fœtal : 140.

A 4 h. 30, dilatation, grande paume. Contractions régulières toutes les quatre minutes.

A 6 h. 10, dilatation complète; la femme pousse et accouche à 6 h. 35, d'un garçon ne présentant aucune lésion extérieure. Il crie aussitôt sa naissance.

Après sa sortie, il s'écoule de l'utérus un liquide vert purée extrêmement fétide.

Injection vaginale prolongée.

Délivrance par expression française trente-cinq minutes après l'accouchement, puis injection intra-utérine de 24 litres.

Le fœtus pèse 2.170 grammes, le placenta, 360 grammes. L'enfant est mis en couveuse.

Le 8 mai, il présente une ophtalmie. Il fut traité par des irrigations au permanganate de potasse et des lavages à l'eau boriquée. A sa sortie, le vingt-troisième jour, il pesait 2.540 grammes.

Les suites des couches furent normales. Le traitement mercuriel et ioduré fut continué après la délivrance.

A son départ, on trouva au toucher que le col était moins dur qu'avant l'accouchement, et que les incisions étaient cicatrisées.

Observation XXV

CHALEIX-VIVIÉ : in *Rev. de Gynéc. Obst. et Pediatrie de Bordeaux*, 1900, n° 10, p. 501.

Un cas de chancre syphilitique du vagin. Dystocie cervicale. Incisions du col.

Clotilde B..., paysanne, maraîchère des environs de Bordeaux. Bonne santé habituelle, enfant saine.

Enceinte pour la première fois, a eu ses dernières règles du 10 au 15 mai 1895.

Débuts de la grossesse normaux. Quelques vomissements aux deux premiers mois de la grossesse.

Mari vigoureux sain au moment de la conception ; mais au temps des manœuvres, le 10 septembre, à Toulouse, a eu dans une maison publique, un rapport sexuel. Près d'un mois après, vers le 15 octobre, il a éprouvé à la verge, au niveau du frein, une sensation à peine douloureuse et s'est aperçu de l'existence à ce niveau d'une petite érosion, de forme fissurale, qui bientôt s'est creusée, puis a pris une consistance dure ; à peine du suintement ; depuis, il a plus tard, éprouvé du malaise, du mal à la tête, et, enfin une sensation de cuisson pharyngée, augmentée

par l'usage du tabac ou la déglutition de toute boisson forte.

Malgré tout cela « il n'a pas osé », dit-il, interrompre ses rapports conjugaux ; aussi sa femme a-t-elle commencé à éprouver, dès les premiers jours de décembre, une très légère sensation de gêne dans le vagin, mais surtout une tuméfaction notable au niveau des plis inguinaux. C'est surtout ce dernier phénomène qui l'a frappée et l'a déterminée à venir nous consulter.

Elle vient nous voir le 14 décembre, accompagnée de son mari qui, pris à part, nous a révélé les faits ci-dessus exposés.

A l'heure actuelle, il est porteur au niveau du frein, d'une petite fissure de la largeur de 1 mm. 1/2, profonde de 1/2 millimètre, cicatrisée et donnant dans son ensemble une sensation de dureté parcheminée.

Chaîne ganglionnaire indolore, bis-inguinale. Plaques muqueuses au fond de la gorge et sur la face interne des lèvres. Roséole thoracique et antibrachiale.

La femme qui est enceinte depuis sept mois environ, présente l'état suivant :

Rien de particulier à la vulve, si ce n'est la coloration rouge foncé, coutumière à cette période de la grossesse, un peu de leucorrhée.

Tuméfaction multiganglionnaire, non douloureuse, bis-inguinale, surtout appréciable au niveau du pli inguinal gauche où existent deux ganglions gros comme une belle olive.

Pas de roséole.

Rien à l'anus, rien à la gorge, ni à la bouche ; mauvaise denture.

Nous avons porté immédiatement, surtout en présence du récit du mari, le diagnostic de syphilis, pensant d'abord que l'accident initial, de petite dimension, avait dû évoluer très rapi-

dement, sans laisser de trace très appréciable, ainsi qu'il arrive si souvent chez la femme.

En pratiquant le toucher, nous percevons sur la face postérieure du vagin, en son tiers inférieur, un peu vers la gauche, un point qui donne au doigt, une sensation différente de celle du vagin. Il semble qu'une zone plus dure, plus rugueuse, plus souple, faisant une saillie, limite un espace sensiblement ovalaire à grand axe, parallèle à celui du vagin, à fond doucement creusé et de consistance plus molle ; mais ce fond lui-même ne donne pas la même sensation que le reste de la muqueuse vaginale.

Le contact est à peu près indolore.

La face postérieure du vagin est mise à nu au moyen d'une valve et l'on voit une érosion irrégulièrement ovale de la dimension d'une pièce de 20 centimes, dont les bords surélevés, de coloration rougeâtre, limitent un espace qui se creuse doucement, de couleur gris sale, d'aspect pultacé et de sécrétion très minime, tachant lègèrement d'une sanie grisâtre un flocon de coton hydrophile.

Prescription : deux pilules de 5 centigrammes de protoiodure d'hydrargyre chaque jour, et port sur la poitrine d'une flanelle hydrargyrique Merget. Lavage de la bouche au chlorate de potasse. Injection vaginale avec une solution de sublimé à 25 centigrammes pour 1.000.

Un traitement mercuriel est en même temps prescrit au mari.

La malade est revenue huit jours après ; elle éprouve des maux de tête, souffre de la gorge. Angine à nappe, très rouge. Une roséole assez confluente apparaît dès le contact de l'air sur la poitrine, le cou, la face palmaire des bras, le ventre ; cet exanthème s'accentue et persiste. L'état général est bon.

Le chancre n'a pas changé d'aspect.

Même état de ganglions inguinaux. Ganglion sous-maxillaires très perceptibles. Apparition des ganglions sous-occipitaux, fœtus vivant.

2 *janvier*. — La malade porte une plaque muqueuse au niveau du voile du palais. Attouchement au nitrate acide de mercure, en solution concentrée, précédé d'une cocaïnisation.

8 *janvier*. — Il existe des plaques muqueuses sur la luette, la langue et la face interne des lèvres. Il en est apparu à la vulve et à l'anus.

Elles sont touchées au nitrate acide de mercure après cocaïnisation préalable du point à cautériser.

Au toucher et à l'inspection, les contours du chancre paraissent moins continus, ils sont interrompus par places. Même aspect grisâtre et pultacé. Il donne toujours, surtout touché entre deux doigts, une sensation de dureté nettement parcheminée.

Depuis quelques jours, salivation abondante, douleur rétro-maxillaire, gingivite. Suppression du traitement hydrargyrique, prescription de 5 grammes de chlorate de potasse à prendre chaque jour dans 1 litre de lait.

20 *janvier*. — Il n'y a plus de gingivite. Reprise du traitement sous forme de flanelle hydrargyrique de Merget. Sirop de Gibert, deux cuillerées à soupe par jour.

Même état de la lésion vaginale : fœtus vivant, petit, OIGA. tête engagée.

10 *février*. — Le sirop de Gibert a été bien toléré ; pas de gingivite, il est prescrit à la dose de trois cuillerées à soupe.

L'aspect du chancre s'est beaucoup modifié ; ses contours ont presque partout disparu ; la couleur gris sale et l'aspect pultacé

paraissent s'atténuer ; seul persiste une certaine raideur parcheminée qui contraste nettement avec la mollesse des parties voisines.

Les plaques muqueuses palatines, buccales, labiales, linguales ont presque entièrement disparu. Il en existe une au niveau de la commissure labiale gauche ; elle est cautérisée au nitrate d'argent.

De même à la vulve ; de petites plaques muqueuses à la fourchette une sur le petite lèvre droite, une sur la grande lèvre gauche, une à l'anus. Ces plaques muqueuses qui existent depuis plus d'un mois et demi, n'ont pas augmenté et ne sont pas multipliées, elles sont plutôt en voie de guérison. Cautérisation au nitrate acide de mercure. Même état ganglionnaire. État général très bon, il n'a jamais été constaté d'albuminurie.

Ventre très gros, l'utérus paraît très tendu, le palper est assez difficile. Cependant, pratiqué avec attention, il montre que l'utérus contient beaucoup de liquide et que le fœtus est très petit.

Il est vivant. OIGA, tête engagée, col entièrement ramolli, normal.

20 *février*. — Même état, le chancre n'est plus signalé que par une légère teinte grisâtre, et une certaine raideur au point infecté qui se différencie encore, mais moins qu'auparavant, de la souplesse des parties voisines.

La régression des plaques muqueuses vulvaires et anales est remarquable ; elles ont presque complètement disparu.

Les chapelets ganglionnaires inguinaux sont toujours très marqués.

Dans la soirée du 2 mars, la sage-femme chargée de l'accouchement me fait demander auprès de sa cliente.

Celle-ci est en travail depuis trente-six heures; elle est très fatiguée. Il y a six heures que la poche des eaux s'est rompue, donnant issue à une quantité anormalement abondante de liquide amniotique.

Pas de fièvre, pouls rapide : 120. Le facies n'est pas altéré, mais la parturiente est dans un état d'agitation extrême; elle se dit surmenée ; les contractions utérines sont très intenses et très rapprochées. Malgré cela, aucun progrès dans la marche de la dilatation qui est restée, paraît-il, de la dimension d'une pièce de 5 francs, depuis le matin 8 heures, c'est-à-dire depuis quatorze heures.

De très nombreuses injections chaudes ont été données dans la journée à plusieurs reprises.

Je fais prendre immédiatement un lavement de lait additionné de 6 grammes d'hydrate de chloral et de 4 grammes de bromure de sodium avec un jaune d'œuf, et je fais en même temps respirer à la parturiente quelques bouffées de chloroforme pour amener un peu de calme et atténuer l'agitation qui s'oppose à tout examen.

Le chloroforme donné à dose simplement analgésique au moment des contractions douloureuses, calme vite l'excitation de la malade et je peux l'examiner.

Tête engagée en OIGA. Col effacé, dilaté comme une pièce de 5 francs, à bords minces, tendus, appliqués étroitement contre le globe céphalique, au point que l'introduction du doigt entre le col et la tête est très difficile.

Le col paraît très aminci, très tendu, au niveau du bord de l'orifice de la dilatation, mais très haut et très loin de cet orifice. Aucune inégalité de consistance, aucune induration pathologique en aucun point.

D'ailleurs, l'intégrité du col avait été à diverses reprises constatée pendant la grossesse.

Ainsi qu'il arrive souvent quand le travail dure depuis longtemps, les contractions utérines se sont arrêtées sous l'influence des premières inhalations de chloroforme, ce qui a procuré un peu de repos à la malade.

Cette accalmie a duré environ vingt minutes, puis elles ont repris avec intensité, revenant toute les dix minutes. Au bout d'une heure, la situation est la même, la dilatation n'a point progressé, la tête est coiffée d'une calotte cervicale, tendue, amincie.

Cette tension du col et son application étroite contre la tête ne permettent pas une manœuvre de dilatation manuelle encore moins l'introduction d'un ballon.

Nous endormons complètement la parturiente, de façon à la mettre dans un état de résolution absolue.

Les contractions utérines n'en sont pas modifiées mais l'état du col reste le même.

En raison de la longue durée du travail et surtout de l'amincissement et de la tension du col, nous jugeons qu'il y a un réel danger à laisser plus longtemps durer cette situation. Il nous paraît que sous l'influence des contractions utérines le segment inférieur risque de subir une rupture spontanée soit longitudinale, soit circulaire, et, nous décidons d'inciser largement le col selon la méthode de Dürhssen.

Pour cela, nous faisons mettre dans la position obstétricale, la malade toujours profondément endormie. Nous procédons nous-même à un lavage minutieux, au savon et au sublimé de la vulve et du vagin puis après avoir placé deux valves, l'une antérieure, l'autre postérieure, nous introduisons en nous

servant de l'index, comme guide, la lame d'une paire de ciseaux droits entre le col et la tête latéralement à l'extrémité gauche du diamètre transversal. Nous introduisons ces ciseaux suivant une longueur de 3 à 4 centimètres nous coupons ; cette section est immédiate, facile et presque exangue, tant le col était aminci.

Nous faisons de même à droite; il s'écoule très peu de sang.

Nous jugeons avec la main qu'il était possible de tenter l'introduction des branches du forceps.

Nous pratiquons très lentement, mais très facilement, une application du forceps de Tarnier et amenons au dehors un enfant petit, d'aspect chétif, qui naît en état de mort apparente, mais est vite ranimé par les moyens ordinaires.

Il pèse 2.400 grammes et il est bien constitué ; il a pu être élevé et vit encore ; c'est une fille.

Son issue est suivie d'un écoulement de sang peu abondant. Aucune effraction vulvaire ou périnéale.

Désireux de nous mettre en possibilité de faire le plus tôt possible des sutures hémostatiques du col au cas où surviendrait une hémorragie, par inertie du segment inférieur, nous pratiquons sans difficulté d'ailleurs la délivrance artificielle, nous lavons l'utérus avec la grosse sonde de Budin, puis, quoique Dürhssen dise qu'on peut s'en dispenser, nous plaçons au niveau de chaque section cervicale trois points de suture avec de forts catguts (n° 3).

Placenta petit (350 grammes), peu épais, présentant en plusieurs points des ilôts blanchâtres de consistance dure. Cordon grêle.

Les suites de couches ont été très normales. L'enfant a été

nourri par sa mère qui continue à subir pendant toute la durée de l'allaitement, un traitement spécifique.

Observation XXVI

FÉROUELLE: in Thèse Paris, 1902.

Chancre du col. Dystocie. Opération césarienne conservatrice; guérison de la mère, enfant vivant.

Le nommé Augustine J... âgée de 27 ans, domestique, est entrée à la maternité de l Hôtel-Dieu, le 5 janvier 1902, à 4 heures du soir, présentant quelques douleurs depuis une heure. Elle a perdu avant son arrivée un caillot de sang et du liquide roussâtre.

Antécédents héréditaires. — Père mort alcoolique.

Antécédents personnels.— Rougeole dans l'enfance.

Réglée à 17 ans, irrégulièrement.

Ne se rappelle pas l'âge auquel elle a commencé à marcher. Dit avoir toujours bien marché.

Grossesse actuelle. — Primipare. Les dernières règles ont eu lieu du 27 mars au 5 avril 1901. Age de la grossesse au moment de l'accouchement : 279 jours, depuis le début des dernières règles. N'a rien présenté de particulier, pendant les sept premiers mois de sa grossesse, sauf quelques vomissements au début.

Vers le commencement du huitième mois, cette femme a remarqué une éruption généralisée sur le tronc et les membres inférieurs. Elle n'a pas souffert de maux de gorge et n'a rien remarqué du côté de ses organes génitaux externes. Pas de céphalée.

Examen à son entrée. — On constate une présentation du sommet amorcé en OIGA.

Les bruits du cœur du fœtus sont bons.

Au toucher pratiqué à 5 heures du soir, le doigt perçoit, à la partie antérieure du col, un bourrelet induré, en forme de croissant, à convexité supérieure et à droite, dans la concavité duquel on sent une ulcération arrondie, d'une dureté cartilagineuse, d'un diamètre légèrement inférieur à celui d'une pièce de 50 centimes.

Cette tumeur est située sur la face antérieure de la portion vaginale du col, à égale distance de l'insertion du vagin et de l'orifice externe.

La lèvre postérieure du col est normale et ramollie.

La lèvre antérieure est œdématiée et de consistance plus dure. L'orifice externe, entr'ouvert, permet la pénétration de la pulpe de l'index et ne présente rien d'anormal.

Le vagin ne présente pas de lésions.

Examen au spéculum. — Rien de particulier à la vulve, il n'y a pas d'écoulement par le vagin.

En introduisant deux valves, on voit sur la face antérieure du col, une ulcération arrondie à fond jaunâtre et irrégulière, légèrement déprimée, limitée par un bourrelet rouge et très net. Cette ulcération donne immédiatement l'impression d'un chancre syphilitique du col. Ce diagnostic est confirmé par l'examen général qu'on fait à ce moment.

On constate en effet l'existence d'une roséole syphilitique très nette sur le thorax et les flancs, moins accentuée sur les membres inférieurs. Les ganglions inguinaux sont tuméfiés des deux côtés et plus particulièrement à droite. Ni à la gorge, ni à l'anus, on ne trouve de plaques muqueuses.

Entrée à la salle de travail, à 6 heures du soir (5 janvier).

Dans la nuit du 5 au 6, douleurs espacées toutes les vingt minutes.

Le 6 janvier. — Douleurs moins fortes que la veille ; le col est en voie d'effacement.

Dans la nuit du 6 au 7, douleurs insignifiantes ; la malade a pu dormir.

Le 7 janvier. — Douleurs très espacées.

Dans la nuit du 7 au 8, la malade peut dormir un peu. Les bruits du cœur du fœtus restent bons.

Toucher : col effacé, dilaté comme une pièce de 50 centimes, inextensible. Le doigt introduit dans l'orifice du col ne sent pas la poche des eaux.

Le col, dans son ensemble, est dur, œdémateux.

Le chancre paraît augmenté dans ses dimensions, de la grandeur d'une pièce de 1 franc.

Le 8 janvier. — Douleurs toutes les heures, de très courte durée (1 à 2 minutes). A 1 h. 35 du soir, les douleurs deviennent très fortes, presque subintrantes.

Elles cessent à 3 heures. De 3 à 8 heures du soir, douleurs légères, espacées ; la femme peut se reposer un peu. Après 8 heures du soir, les douleurs reprennent aussi fortes que dans l'après-midi.

Dans la nuit du 8 au 9 janvier, la femme peut dormir, elle n'a pas de douleurs. L'utérus reste tendu en permanence. Les bruits du cœur du fœtus sont bons. Le col n'a subi aucune modification par rapport aux jours précédents. L'orifice externe est entouré d'un bourrelet œdémateux et dur qui donne au doigt la sensation d'un anneau cartilagineux.

Le 9 janvier, peu de douleurs dans la matinée.

A 1 heure du soir, les douleurs reprennent fortes et presque continues. Les bruits du cœur restent bons.

Au toucher : col dur comme du cartilage, effacé, permettant

la pénétration de l'index. Les culs-de-sac vaginaux sont plus profonds que les jours précédents.

Le chancre se présente sous la forme d'une large ulcération ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs, situé à la partie antérieure et droite de l'orifice externe ; le bourrelet cartilagineux qui le circonscrit en haut et à droite, est beaucoup plus induré et plus étendu que les jours précédents.

En présence de l'état de la malade, fatiguée et épuisée par les douleurs et voyant que la dilatation ne progresse pas, M. Champetier de Ribes décide d'intervenir. Il hésite, d'abord, entre les incisions sur le col et l'intervention par la voie abdominale. Mais après avoir attendu pendant quatre jours que le segment inférieur soit distendu et fasse saillie dans le vagin et après avoir consulté d'autres observations d'incisions sur le col suivies d'insuccès, il rejette ce mode opératoire et prie son assistant M. Bouffe de Saint-Blaise de se charger de cette malade. M. Bouffe prie son collègue et ami Baudron de venir examiner cette femme et de pratiquer l'opération césarienne. D'un commun accord après s'être assuré que le col est suffisamment perméable pour qu'on puisse assurer le drainage vaginal de l'utérus, ils décident de faire l'opération césarienne conservatrice. Toutefois si. l'utérus étant incisé, ils trouvent un œuf ouvert et infecté, il est entendu que M. Baudron pratiquera l'hytérectomie abdominale totale. M. Champetier approuve cette manière de faire : on ne sait point en effet si l'œuf est ouvert, le toucher intra-utérin n'ayant pas permis de constater l'intégrité de la poche des eaux ; et d'autre part, l'écoulement vaginal séro-purulent peut avoir pour point de départ aussi bien le col que la cavité de l'œuf ouvert dès le début du travail. D'ailleurs, la température est normale.

Opération césarienne pratiquée par M. Baudron à 6 heures du soir. Aides, M. Bouffe de Saint-Blaise et Daniel. La paroi abdominale étant incisée sur une étendue de 14 centimètres, l'utérus est ouvert *in situ* ; la cavité péritonéale est protégée par des compresses. L'incision, faite sur la paroi antérieure et remontant vers le fond, tombe en plein sur le placenta qui est dilacéré et à travers lequel M. Baudron va chercher un pied et extrait le fœtus qui crie aussitôt. Le liquide amniotique est absolument normal ; aussi l'utérus est luxé en dehors de la cavité abdominale pour être suturé. Le segment inférieur est saisi à pleines mains par M. Bouffe de Saint-Blaise ; la partie supérieure de la paroi abdominale est provisoirement fermée avec des pinces et l'utérus placé sur un lit de compresses. On fait à ce moment une injection sous-cutanée de 1 gramme d'ergotine. L'extraction du placenta et des membranes se fait sans difficulté et rapidement. La cavité utérine est tamponnée avec un lanière de gaze de 3 mètres environ, tassée en accordéon, dont l'extrémité inférieure est ramenée dans le vagin à l'aide d'une pince introduite à travers le col. On fait alors la suture de l'utérus au catgut : quatre points musculo-muqueux et trois points musculo-séreux intermédiaires assurent une coaptation parfaite des lèvres de l'incision et le péritoine est soigneusement adossé par un surjet prenant la séreuse à la manière de Lembert. On fait une toilette minutieuse du pelvis avec des compresses, et bien que la suture soit absolument étanche, comme une certaine quantité de liquide amniotique a pu pénétrer dans le péritoine, on place à la partie inférieure de la plaie, deux petits drains allant l'une à droite, l'autre à gauche, sur la face antérieure de chaque ligament large. La paroi est fermée par deux plans de suture, au crin de Florence. Pansement aseptique et compressif.

L'opération a duré quarante-cinq minutes.

On fait une piqûre de 1 gramme d'ergotine à 7 heures.

Placenta : 450 grammes; cordon moyen 43 centimètres, de longueur.

Enfant : 3.600 grammes, vivant, garçon, longueur totale : 48 centimètres.

Diamètres : OM = 14 centim.
OF = 13
SOB = 10
SOF = 10,5
BIP = 9,5
BIT = 9
SMB = 11

Circonférences : OF = 35
SOF = 36
SOB = 32

Suites opératoires :

10 janvier. — Temp. matin : 37°; soir : 37°8.
Pouls, matin : 108 ; soir : 108.

Dans la journée, la malade n'a présenté aucun symptôme inquiétant On lui donne de l'eau distillée par cuillerées à café.

11 janvier. — Temp. matin : 37°2 ; soir : 36°8.
Pouls, matin : 108 ; soir : 92.

Douleurs dans le bas-ventre, répétées et intermittentes, ayant le caractère de coliques. Les douleurs disparaissent dans l'après-midi et la malade peut dormir de 2 à 4 heures.

La nuit se passe sans aucun incident.

Boissons : eau distillée, lait, champagne.

Lavement, 500 grammes à parties égales de vin rouge et de glycérine à 6 heures du matin : pas de selles, la malade rend

quelques gaz. Deuxième lavement de 300 grammes à midi, suivi de l'évacuation de gaz et de matières.

On retire à 11 heures du matin, 40 centimètres de gaze de l'utérus.

12 janvier. — Température matin, 37°8; soir, 39°4.

Pouls matin, 100; soir, 140.

Sensation de froid à 5 h. 1/2 du soir. A bien passé la nuit. A 10 h. 1/2 du matin, on retire 70 centimètres de gaz.

Introduction d'une mèche de gaze dans le vagin.

Injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum dans l'après-midi.

On continue le même régime alimentaire que la veille. On donne à 8 h. 1/2 du soir 75 centigrammes de sulfate de quinine.

13 janvier. — Température matin, 38°; soir, 38°3.

Pouls matin, 112; soir, 112 ; soir, 116.

A 11 heures du matin, on enlève complètement la gaze de l'utétérus. Injection vaginale. Mèche de gaze dans le vagin. On enlève les drains.

Lavement composé de 120 grammes de vin rouge et de trois cuillerées de glycérine; à 6 heures du matin, sans effet; limonade purgative.

Alimentation; un potage avec un jaune d'œuf, matin et soir; café au lait.

Injection sous-cutanée de 300 grammes de sérum à 5 h. 1/2 du soir.

14 janvier. — Température matin, 38°8 ; soir, 38°4.

Pouls, matin, 108 ; soir, 112.

Lavement de 290 grammes à la glycérine le matin.

Injections vaginales avec 10 litres de permanganate au 1/1000, matin et soir; mèche vaginale.

Boisson et alimentation comme les jours précédents.

Injection sous-cutanée de 300 grammes de sérum à 6 heures du soir

15 janvier. — Température matin, 38°5; soir, 38°4.

Pouls, matin, 112; soir, 116.

Injections vaginales de 10 litres de permanganate au 1/100 matin et soir. Pansement à 6 heures du soir.

Boissons : Eau, lait, champagne.

Alimentation solide : une côtelette à midi.

16 janvier. — Température matin, 37°7; soir, 89°3.

Pouls, matin, 100; soir, 120.

Diarrhée; même régime que les jours précédents.

17 janvier. — Température matin, 37°4; soir, 38°4.

Pouls, matin, 108; soir, 110.

Injections vaginales. Bon état général; s'alimente.

18 janvier. — Température matin, 38°5; soir, 38°6.

Pouls, matin, 100; pouls, soir, 110.

A bien passé la nuit. Ne se plaint de rien, on enlève les fils. Il n'y a pas de suppuration.

30 janvier. — Température matin, 37°, pouls 80. Bon état général. L'état de l'enfant est parfait.

Observation XXVII

FÉROUELLE : *Ibid. Ibid.*

Chancre syphilitique du col de l'utérus gravide. Dystocie. Incisions profondes du col et extraction avec le forceps, d'un enfant vivant.

Mme G..., 22 ans, journalière, entre à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, le 12 octobre 1901, à 4 h. 20 du soir.

Elle a déjà eu deux grossesses. La première en 1897 s'est terminée à cinq mois par un écoulement dont la cause n'a pu être déterminée. Dans la même année, deuxième grossesse et accouchement prématuré à 7 mois d'une fille vivante, élevée au sein, actuellement bien portante.

Cette troisième grossesse est du même père que les deux précédentes, mais la femme déclarait avoir eu, dans ces derniers mois, des rapports sexuels avec un autre individu.

On ne trouve, dans les antécédents de la malade, ni trace de rachitisme (elle a commencé à marcher à 11 mois 1/2) ni maladie digne d'être notée, sinon des rhumatismes articulaires à l'âge de 15 ans.

Tout dernièrement, depuis quinze jours, elle a été soignée pour une cystite. On lui aurait fait des lavages de la vessie, et ordonné des capsules d'essence de térébenthine.

Grossesse actuelle. — La malade toujours bien réglée a vu ses dernières règles du 5 au 10 février 1901. Elle est donc enceinte d'environ huit mois. Elle a eu depuis cette époque des vomissements. Elle avait des pertes blanches abondantes et depuis un mois un écoulement roussâtre, nous en verrons la cause dans la suite. Elle s'est amaigrie considérablement depuis ces deux derniers mois.

Examen à l'entrée. — Le palper fait reconnaître que la tête du fœtus est mobile au-dessus du détroit supérieur. Elle est en position GT. La hauteur du fond de l'utérus au-dessus de la symphyse est de 28 centimètres. La tension de la paroi abdominale n'est pas exagérée. Les battements du cœur du fœtus sont bons.

Les urines ne contiennent pas d'albumine. A ce moment, le pouls de la parturiente est fréquent, 124 par minute, la température est à 37° 5.

A l'examen des organes génitaux on remarque immédiatement la présence de plusieurs chancres indurés.

L'un siège au niveau du méat urinaire qu'il entoure ; il a la grosseur d'une forte lentille, et par le toucher, l'urètre donne la sensation d'un tuyau de pipe.

Un second chancre est situé sur le capuchon du clitoris ; il forme une bordure ulcérée et indurée qui englobe la moitié gauche du capuchon jusqu'au frein. Le troisième chancre est beaucoup plus volumineux.

Il est placé sur la petite lèvre gauche qu'il envahit presque complètement. Il est large comme une pièce de 1 franc, rouge, à bord nettement taillé, à base indurée comme du cartilage.

Les ganglions inguinaux des deux côtés sont volumineux.

Il s'écoule de la vulve un liquide purulent.

Par le toucher, le doigt ne perçoit rien de particulier au niveau du vagin, sauf peut-être un léger degré de vaginite granuleuse. Le doigt arrive sur le col en voie d'effacement. Ce col est volumineux, surtout au niveau de la lèvre antérieure.

L'induration entoure presque complètement le col et l'on dirait que les deux lèvres sont doublées de cartilage.

La surface interne de la muqueuse vaginale est un peu irrégulière et saigne facilement.

Au spéculum, l'examen est moins net. On voit bien une ulcération régulière à bord net s'étendant sur le tiers inférieur du museau de tanche et pénétrant dans l'orifice externe, mais le diagnostic est beaucoup moins facile à faire qu'au toucher.

Ces constatations faites, on laisse la femme au repos, en attendant le début du travail.

Les premières douleurs apparaissent le 18 octobre à 3 heures du soir, c'est-à-dire presque vingt-quatre heures après l'entrée.

Dans les premières heures du travail, rien de spécial à noter ; les contractions utérines sont très énergiques.

L'effacement se produit ; la dilatation passe à la dimension d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 1 franc, puis 2 et 5 francs. Arrivée à ce point, vers 2 heures du matin, au moment où se produit la rupture de la poche des eaux, elle reste stationnaire, malgré le bain chaud prolongé qui est administré à la malade.

Pour calmer ses douleurs très pénibles, on lui donne un lavement de chloral. Des injections vaginales d'eau bouillie chaude lui sont faites toutes les deux heures. A 5 heures du soir, à vingt-six heures du début du travail, même état. Les douleurs de plus en plus intolérables exigent l'emploi du chloroforme.

A 10 h. 30 du soir, M. Brindeau fait un nouvel examen de la malade.

La dilatation est de 5 francs environ. Le col est toujours très dur. Il est inextensible, si l'on cherche à le dilater avec le doigt. L'induration est encore plus nette qu'avant la dilatation. Elle occupe presque la totalité du col.

Il existe ainsi un anneau dur, de 1 cm. 1/2 d'épaisseur, formé par la réunion de deux croissants, occupant chacun une des lèvres du col. Les pointes du croissant se réunissent en haut et à gauche et à droite et en bas. En ces points le col est souple sur une épaisseur de 2 à 3 millimètres.

Quand on pratique le toucher, on ramène quelques gouttes de sang. On introduit deux valves et l'on aperçoit le col ulcéré, dans l'ouverture duquel vient faire saillie une bosse séro-sanguine arrondie.

La malade est endormie ; des valves sont glissées entre la tête et le col et deux pinces à griffes étant placées sur les bords des

cornes du croissant, on incise aux ciseaux la partie saine jusqu'au niveau de l'insertion vaginale. On fait de même de l'autre côté et les valves étant retirées on se rend compte que la dilatation est suffisante.

M. Brindeau fait alors une application de forceps sur le sommet en GA, dans l'excavation et extrait l'enfant, une fille qui pèse 2.020 grammes (OM = 12, 2, BiP = 8,12). On parvient à la ranimer après quelques minutes de soins. Le travail a duré trente et une heures.

Une demi-heure après, délivrance naturelle. Le placenta pèse 420 grammes. Les membranes sont complètes. Injection chaude intra-utérine, suivie d'un tamponnement utérin et vaginal à la gaze iodoformée, quoique l'écoulement sanguin, après la délivrance, fût insignifiant.

Pendant le travail, les urines contenaient de l'albumine.

Le lendemain de l'accouchement, la température du soir s'élevait à 38°5, s'y maintenait le surlendemain, atteignait 39° le quatrième jour, 40° le cinquième jour, 40° 5 le sixième jour, puis descendait à 40°, 39°5, 39° jusqu'au onzième jour, où la malade mourut.

Pendant tout ce temps, le pouls oscillait entre 120 et 160.

Le quatrième jour, on sut exactement quel genre d'infection présentait la malade. Une rougeur érysipélateuse avait envahi la face interne des cuisses et toute la région fessière symétriquement. Elle gagna rapidement la moitié inférieure du dos et s'étendait au-dessous de l'ombilic sur la paroi antérieure de l'abdomen.

L'état général de la malade était extrêmement grave ; aux cinquième et sixième jours elle eut du délire, puis tomba dans le coma.

Immédiatement après la mort, on put faire l'amputation du col. L'examen de la pièce a été pratiqué par notre collègue et ami M. Paris.

A cause des lésions de métrite surajoutée, il fut impossible de retrouver par l'étude microscopique les caractères du chancre syphilitique.

Quant à l'enfant, il fut mis en couveuse, pendant le séjour de la mère à l'hôpital, il présentait tous les signes de l'athrepsie, mais tant que nous l'avons observé, on ne put lui découvrir un symptôme net de syphilis.

Observation XXVIII

Rudeaux : In Comptes rendus de la Société d'obst., gynéc. et pédiatrie. Séance du 10 octobre 1904, p. 222.

Dystocie par rigidité syphilitique du col de l'utérus. Infection avant l'accouchement. Opération de Porro.

Le 13 mai, à 4 heures du soir, on amenait à la maternité de Beaujon, dans le service de notre maître, le Dr Ribemont-Dessaignes, une jeune femme âgée de 21 ans, exerçant la profession de tapissière.

Enceinte pour la deuxième fois, la première grossesse s'est terminée à terme par la naissance d'un enfant actuellement bien portant. En travail depuis trois jours, elle est accompagnée de la sage-femme qui la surveillait ; celle-ci nous apprend que depuis vingt-quatre heures, la dilatation grande comme une pièce de 2 francs est restée stationnaire, que la poche des eaux est rompue depuis le début du travail et que l'enfant doit être

mort. Elle a fait appeler un médecin qui s'est déclaré incompétent et a conseillé le transport à l'hôpital.

Examinée à son entrée, on constate que cette femme est bien constituée, qu'elle est à terme, les dernières règles étant survenues du 3 au 8 juillet, que le ventre est normalement développé, la hauteur utérine étant de 30 centimètres, et que les contractions utérines sont fréquentes et très douloureuses. Le palper permet de reconnaître que le fœtus se présente par le sommet, non engagé, et qu'il est en droite transversale. A l'auscultation, on entend sur la ligne médiane près de l'ombilic des bruits du cœur faibles, mais réguliers.

Des organes génitaux s'écoule un liquide épais et vert, d'odeur très fétide ; les grandes et les petites lèvres sont recouvertes de vastes plaques muqueuses saillantes qui se continuent jusque dans le vagin. Par le toucher, on sent un col non effacé, entr'ouvert, très épais, induré paraissant infiltré.

L'orifice qu'il limite permet d'introduire un et même deux doigts dans un canal à parois rigides, et de sentir la présentation céphalique appuyant sur le segment inférieur de l'utérus et sur l'orifiice interne du col.

Le bassin, paraît normal. L'état général de la parturiente n'est pas bon ; la température est de 39°6 et le pouls est de 128.

Nous interrogeons cette femme pour savoir quand est survenu l'accident primitif; elle nous dit l'ignorer, et n'avoir jamais rien remarqué d'anormal, le père est le même que pour la première grossesse qui s'est terminée normalement et l'enfant est en parfaite santé. Il est donc permis de supposer que le chancre est de date récente et qu'il a pu se localiser sur le col, car un point de celui-ci paraît plus induré. En présence de ce

cas de dystocie, nous faisons prévenir M. Ribemont-Dessaignes et préparer tout ce qui est nécessaire pour faire une opération césarienne.

A son arrivée, il examine la femme, confirme le diagnostic et tente sous anesthésie chloroformique, une dilatation manuelle, mais sans résultat, aussi, décide-t-il de faire l'hystérotomie et d'enlever ensuite l'utérus à cause de l'infection qui y est localisée.

Une longue incision est faite sur la ligne médiane ; l'utérus très incliné à droite et refoulé par un aide, est dégagé de la cavité abdominale avant d'être incisé. Une fois sorti de l'abdomen, il est entouré de compresses pour éviter l'écoulement du liquide amniotique infecté dans la cavité péritonéale.

Au moment de l'ouverture de l'utérus, il se dégage une odeur extrêmement fétide ; l'enfant est extrait en état de mort apparente, il est rapidement ranimé, par insufflation et des frictions, il est du sexe masculin et pèse 2.810 grammes ; le poids du placenta est de 480, c'est-à-dire le dixième du poids fœtal.

L'opération de Porro est continuée suivant la technique habituelle ; elle a duré quarante minutes.

Après l'opération, la température s'est abaissée ; elle est de 37°5 et le pouls bat 96 fois par minute. Le lendemain 14 mai, la température et le pouls sont normaux, mais il s'écoule de la vulve un liquide d'une grande fétidité malgré les injections vaginales au permanganate de potasse.

15 *mai*. — Température du soir est à 38°4, et le pouls est à 100. Une injection sous-cutanée de 5.000 grammes de sérum a été faite dans la journée.

16 *mai*. — Dès la matinée, la respiration devient irrégulière,

l'état est demi-comateux, la température n'est que de 37°6 mais le pouls est à 120 et d'une intensité très faible.

A 10 heures, le coma est complet et la femme meurt à 2 heures de l'après-midi.

Dans la même journée, l'enfant, qui avait été isolé de la mère dès sa naissance, présente des contractions des muscles de la face et pousse des cris plaintifs d'une façon continuelle, sa température rectale est de 39°, il est passé à l'isolement où on continue à le nourrir, avec du lait de la nourrice donné dans un verre.

Le lendemain l'état général paraît meilleur, il s'alimente, la température s'est abaissée, mais les selles qu'il expulse, quoique jaunes, sont extrêmement fétides.

19 *mai.* — La température baisse bien qu'il soit enveloppé dans de la ouate, et il est mis en couveuse.

27 *mai.* — Les plaintes deviennent continuelles, le facies prend un teinte grisâtre, les traits sont tirés, les yeux excavés et il meurt à 1 h. 1/2 du matin le 21 après une agonie pénible.

Du sang pris à la mère un peu avant la mort et examiné directement n'a révélé aucun microorganisme, mais par la culture nous avons obtenu des staphylocoques.

Le sang de l'enfant ne nous a rien donné, ni à l'examen direct ni dans la culture.

A l'autopsie de la mère on a trouvé une collection purulente partant des ganglions iliaques droits et fusant en suivant le côté droit de la colonne vertébrale.

L'autopsie de l'enfant ne nous a rien fait constater d'anormal macroscopiquement.

Examen histologique. — Des coupes du col ont été faites, elles ont été soumises à notre ami le Dr Schœfer, chef du Labo-

ratoire central de l'hôpital Boucicaut, qui a bien voulu nous donner son avis. La coupe montre la paroi musculaire et la muqueuse profondément modifiées. A la place de la muqueuse se voit un tissu très vasculaire, dans lequel dominent de grosses cellules à protoplasma abondant, qui doivent être considérées comme des cellules déciduales. Un grand nombre de ces cellules ont leur noyau repoussé excentriquement par une dégénérescence du protoplasma donnant à ces cellules un aspect vésiculeux. Outre ces cellules déciduales on rencontre un grand nombre de leucocytes mono ou polynucléaires, ils sont serrés par place et forment en apparence les seuls éléments cellulaires visibles. Les vaisseaux sont dilatés, les cellules endothéliales sont tuméfiées et hypertrophiées. A l'intérieur des vaisseaux sont des leucocytes beaucoup plus nombreux que normalement.

Quant au parenchyme musculaire il semble œdématié, le long et à l'intérieur des fibres musculaires il y a de larges espaces clairs non colorés. Les vaisseaux y présentent comme plus haut un grand nombre de leucocytes tout à fait anormal.

Observation XXIX

RUDEAUX : *Ibid. Ibid.*

Chancre induré du col de l'utérus. Accouchement normal. Examen histologique du col.

Le 23 octobre 1902, entrait à la maternité de l'hôpital Beaujon une jenne Espagnole de 21 ans, femme de chambre.

Les antécédents héréditaires et physiologiques n'offrent rien d'intéressant à signaler.

En 1901, elle mit au monde à terme deux jumeaux, actuellement bien portants et élevés au biberon par une nourrice ; au

cours de ce premier accouchement elle eut des accès d'éclampsie.

Elle redevient enceinte au mois de janvier, les dernières règles étant survenues du 10 au 13 de ce mois. Le père n'est pas le même que pour la première grossesse.

Un mois et demi avant son entrée à l'hôpital elle a éprouvé certains malaises, poussées fébriles, céphalalgies frontales nocturnes, qui l'ont obligée à garder le lit pendant plusieurs jours.

Elle est actuellement presque à terme et en l'examinant on constate des syphilides pigmentaires au niveau du cou, sur le tronç et à la racine des cuisses, et des plaques muqueuses accompagnées de végétations autour de l'anus.

L'utérus, normalement développé, remonte à 25 centimètres au-dessus de la symphyse.

Le fœtus se présente par le sommet non engagé, il est en position droite transversale, les bruits du cœur s'entendent au niveau de l'ombilic et à droite (152 par minute).

Par le toucher on est frappé de sentir un col long et dur, presque ligneux, sa lèvre antérieure porte une induration épaisse qui se prolonge sur la lèvre postérieure.

Le spéculum permet de compléter cet examen, l'induration cervicale est le siège d'une ulcération à bords irréguliers, de la dimension d'une pièce de 2 francs et de coloration jaunâtre. Il s'agit certainement là d'un chancre induré, aussi ordonne-t-on à cette femme deux cuillerées à café de liqueur de Van Swieten par jour à prendre dans un peu de lait.

Cette femme est gardée dans le service, et le 8 novembre à 11 heures du matin elle entre en travail, c'est-à-dire après quinze jours de traitement ; à ce moment la hauteur utérine est de 32 centimètres.

Le travail marche régulièrement, le col s'efface, puis se dilate, la dilatation est complète à 9 h. 10 du soir, à ce moment la poche des eaux se rompt et le liquide amniotique s'écoule en assez grande quantité (1 litre environ).

Peu de temps après (5 minutes) elle expulse un enfant petit, du sexe masculin, pesant seulement 1.540 grammes. Cet enfant présente à la plante des pieds des traces de pemphigus, il respire mal et est mis en couveuse. A 4 h. 30 du matin apparaît de la cyanose, on lui donne un bain à 38°, mais il meurt presque aussitôt.

La délivrance se fait normalement, le placenta pèse 590 grammes, il est blanchâtre et épais, toute la coque membraneuse est retenue dans l'utérus.

Le cordon, long de 40 centimètres, s'insère au centre ; son volume est normal.

Une petite portion du chancre fut enlevée afin d'être examinée au microscope. Les coupes que nous avons faites ont été contrôlées par notre ami le Dr Schœfer, chef du laboratoire central de l'hôpital Boucicaut. L'ulcération de la muqueuse est irrégulière et assez profonde ; à son niveau la muqueuse a complètement disparu et une partie du tissu musculaire sous-jacent est entamée, le parenchyme cervical présente une infiltration cellulaire intense. La majorité des cellules d'infiltration (étudiées par la méthode d'Unna) paraissent appartenir à la variété des plasmazellen, elles sont volumineuses, leur protoplasma est basophile et leur noyau est presque toujours périphérique.

A ces cellules, sont mêlés un petit nombre de polynucléaires et d'autres cellules, d'apparence conjonctive, munies d'un noyau.

Les vaisseaux voisins présentent une gaine d'infiltration cel-

lulaire intense, dans laquelle on reconnaît également beaucoup de plasmazellen. Dans la région éloignée de l'ulcération on trouve des vaisseaux enflammés et parfois à parois très épaisses.

Observation XXX

BRASSART : in *Écho Médic. du Nord*, Lille, 1905, IX, p. 315.

Rigidité pathologique du col de l'utérus pendant le travail, par suite de sclérose syphilitique.

Le 5 janvier 1905, entre à la Maternité d'Arras, la femme L... Élodie, 19 ans 1/2, primipare, qui nous était adessée par un confrère des environs. Ce confrère avait eu la gracieuse amabilité de nous faire savoir que cette femme était syphilitique.

L'interrogatoire auquel nous procédons de suite ne peut nullement nous renseigner sur la date à laquelle la femme avait contracté cette syphilis. Elle l'ignorait totalement.

A l'examen, auquel nous procédons, nous constatons la présence de plaques muqueuses dans la bouche et de syphilides ulcéreuses très nombreuses sur la partie interne des cuisses.

L'utérus a les dimensions d'un utérus gravide à terme.

Les bruits du cœur fœtal se présentent très nettement à gauche, l'enfant se présente par le sommet en OIGA.

Au toucher, on constate que le col a conservé toute sa longueur et qu'il paraît très dur (nous ne pouvons mieux comparer sa consistance qu'à celle d'un morceau de bois). Cette dureté ligneuse paraît remonter très haut et même gagner le segment inférieur, la surface en est dépolie et donne la sensation du tissu cicatriciel.

L'orifice présente également des bords très durs et paraît déformé.

Les culs-de-sac vaginaux sont normaux. On sent à travers le segment inférieur la tête engagée.

On soumet immédiatement la femme au traitement antisyphilitique et on attend.

Le 8 janvier, dans la matinée, la femme entre en travail, puis brusquement la poche des eaux se rompt, les douleurs deviennent assez rapidement fortes et rapprochées ; le soir on peut constater que le col s'efface très difficilement et reste très épais. L'orifice reste à peine entr'ouvert.

Le lendemain matin après une nuit où les douleurs furent très fortes et très rapprochées, le col présente à peine une dilatation du diamètre d'une pièce de 50 centimes.

Les choses restèrent en cet état durant toute la journée.

Toutefois les douleurs s'accentuèrent, devinrent plus rapprochées et plus fortes sans modifications applicables du côté du col, dont la dilatation ne dépasse toujours pas 50 centimes ; le ventre est tendu, l'utérus se contracte violemment pendant les contractions qui sont maintenant très rapprochées, l'enfant vit toujours, et ne paraît pas encore trop souffrir.

En présence de cette situation nous pratiquons sur le col quatre petites incisions, une antérieure, une postérieure et deux latérales.

Ces incisions sont faites assez péniblement, il faut exercer une pression énergique sur les ciseaux pour venir à bout de la résistance du tissu du col, on a la sensation de couper du bois.

Le lendemain 10 janvier, nous apprenons que la situation ne s'est guère modifiée, la femme, nous dit-on, a passé une nuit atroce et n'a pas cessé de crier ; quoique robuste, elle est ce matin, complètement déprimée, et nous prie instamment de

la délivrer. Au toucher, nous sommes véritablement surpris de voir, que malgré nos incisions, le col ne s'est guère dilaté ; il présente un orifice un peu plus grand qu'une pièce de 2 francs, juste de quoi introduire deux doigts. Nous profitons de cette faible dilatation pour introduire un doigt de chaque main et pour essayer d'obtenir une dilatation forcée au moyen des tractions énergiques. Nos efforts sont vains et nous sommes forcé d'y renoncer rapidement. N'ayant pas sous la main de dilatateur trivalve de Tarnier, nous ne pouvons recourir à cet instrument. Nous sommes d'ailleurs bien convaincu que nous n'arriverons jamais à dilater ce col qui n'est absolument pas dilatable, et que nous n'avons qu'un moyen à notre disposition, le sectionner, pour agrandir l'ouverture, l'utérus est presque en état de tension permanente, il est très dur et la tête fortement engagée vient appuyer énergiquement sur le col. L'enfant vit toujours, mais les battements sont ralentis.

Nous agrandissons les incisions faites la veille et nous les prolongeons à peu près jusqu'aux culs-de-sac. Nous obtenons ainsi une dilatation pouvant être évaluée entre 2 et 5 francs, l'incision de ce tissu ligneux est vraiment pénible. Le soir, la situation ne s'est guère modifiée.

Il est vrai que la femme est épuisée et que les contractions sont moins énergiques. La malade nous réclame instamment d'intervenir, nous sommes très perplexe, nous demandant ce que nous pourrions faire.

Devons-nous agrandir encore les incisions ? Nous n'osons vraiment plus avoir recours à ce moyen, craignant qu'elles ne provoquent des accidents graves pour la mère.

Nous pensons avoir recours au ballon dilatateur, mais comment le placer ? La tête est tellement serrée contre le col, que

nous jugeons impossible de la repousser, sans risquer de rompre l'utérus.

Pouvons-nous appliquer le forceps ? Nous y pensons bien, mais nous n'arriverons jamais à passer les branches. L'enfant doit souffrir beaucoup, car les battements du cœur sont à peine perceptibles.

Dans ces conditions, nous décidons d'attendre encore, nous réservant de faire le lendemain matin, l'opération de Porro, si la nécessité nous y oblige.

Nous prescrivons de soutenir le plus possible les forces de la femme par des grogs et des œufs.

Le lendemain 11 janvier, quand nous arrivons à l'hôpital, nous apprenons avec plaisir que l'accouchement vient enfin de se terminer par l'expulsion d'un enfant mort. La délivrance fut faite ensuite normalement. Le liquide amniotique qui restait en petite quantité dans l'utérus, présentait, nous dit-on, une odeur infecte. La salle d'accouchements est en effet, imprégnée de cette odeur. Nous pratiquons en conséquence, de grandes injections utérines iodées, et nous prescrivons de faire prendre la température de la femme très sérieusement.

L'enfant expulsé est un enfant du sexe masculin, pesant 3100 grammes; il présente sur les pieds et les mains des bulles de pemphigus.

Le placenta est volumineux (680 grammes) mais ne paraît pas présenter d'altérations bien nettes.

Les suites des couches furent bonnes ; la température ne dépassa pas 37° 9, bien que les lochies soient restées longtemps fort fétides et que l'on ait dû pendant plusieurs jours faire des injections utérines iodées.

Les incisions que nous avons faites sur le col s'étaient très

peu agrandies, la dilatation à un moment donné avait donc pu se faire sans déchirures. A cause de la fétidité des lochies, à cause aussi de la très mauvaise qualité des tissus, nous ne crûmes pas utile de faire la suture des plaies du col. Nous devons dire d'ailleurs, que quand la femme quitta l'hôpital une vingtaine de jours après, ces plaies avaient pu se cicatriser en partie, et que le col reprenait sa consistance ligneuse.

Observation XXXI

BIDONE : in VI[e] congrès de la Société italienne d'Obst. tenue à Pavie, octobre 1899.

Opération césarienne pour sténose syphilitique du col de l'utérus.

« Dans ce monde, rien de nouveau, ou du moins rien qui n'ait été déjà écrit ou dit. »

Je me suis une fois de plus convaincu de ce précepte dans la clinique du professeur Calderini, où je devais, encouragé par le conseil de celui-ci, pratiquer la césarienne afin de délivrer une femme atteinte de sténose syphilitique du col. Je me souviens alors qu'en 1883, le professeur Chiara, dans un cas de sténose syphilitique du col, après deux heures de fastidieuses manœuvres d'embryotomie, accompagnées de multiples incisions du col, manœuvres suivies, de la mort de la parturiente, le professeur Chiara, dis-je, nous parla de la sorte :

« La voie abdominale aurait pu donner un résultat moins funeste, et certainement plus brillant, mais.... » Bien que ces paroles fussent publiées par plusieurs journaux, elles ne furent mises en pratique par personne.

Il me semble donc que l'opération que j'ai pratiquée pour sté nose syphilitique du col, et dont je vais vous entretenir est la première de ce genre.

Contessi Louise, dame Bonfigliole, de Bologne, 32 ans.

Est entrée à la clinique le 27 juin 1899, enceinte de six mois, avec légères pertes de sang des organes génitaux.

Étant enfant, elle souffrit de maux d'oreille, ce qui la laissa un peu dure d'oreille. Réglée à 14 ans, les règles furent toujours régulières et sont d'une durée de quatre à cinq jours.

C'est une IV-pare.

La première grossesse alla sans difficulté jusqu'à terme, mais l'accouchement se termina par une application du forceps sur un fœtus mort pendant le travail.

Après cet accouchement la femme prend la syphilis.

La seconde grossesse fut spontanément interrompue au septième mois, la troisième à six mois et demi, la quatrième au septième. Les fœtus étaient tous morts avant le travail.

Les dernières règles de la grossesse actuelle datent de janvier dernier.

La femme sentit les mouvements fœtaux vers la seconde moitié de mai, mais au bout de quelques jours, ces mouvements disparurent.

A la fin de mars, elle accusa une légère perte de sang pendant deux jours ; six jours avant d'entrer à la clinique, elle eut une autre perte de sang, plus abondante que la première, perte qui dura quatre jours.

Elle n'a perçu aucune modification au sujet de la mort de l'enfant; aucune modification du côté des seins; cependant, elle a noté une diminution notable des varices aux membres inférieurs.

A l'examen objectif, pratiqué le 3 juillet, on trouve :

Squelette régulier, hauteur moyenne. Le masque de la grossesse est peu marqué ; varices aux membres inférieurs, flexueuses et peu volumineuses.

Dans les urines, la recherche de l'acétone, plusieurs fois répétée avec les différentes méthodes décrites dans ma thèse : *L'acétonurie dans le diagnostic de la mort de l'enfant, dans la grossesse*, donne des résultats négatifs ; les urines sont un peu diminuées en quantité, mais de composition normale.

Les seins sont petits, tombants, l'aréole est peu pigmentée, on y voit une sécrétion de colostrum, plutôt abondante. Le ventre proéminent dans la région sous-ombilicale est plat au dessus.

L'utérus, incliné à droite, a une forme ovoïde et son fond arrive à deux doigts au dessus de la ligne ombilicale. Il est très mobile, de consistance notable, indolore.

L'on ne distingue pas bien les parties fœtales pas plus qu'on n'entend les bruits du cœur malgré une auscultation répétée.

Les organes génitaux externes sont ceux d'une multipare ; ils sont pigmentés et sains.

Les culs-de-sac vaginaux sont amples ; le vagin plutôt étroit et lisse.

L'isthme est passablement hypertrophié, ne présente pas la mollesse ordinaire ; au contraire, il est très dur et très rigide, presque comme du cartilage.

La lèvre antérieure présente une rigidité et une dureté beaucoup plus accentuées.

L'orifice externe n'est pas perméable au doigt.

Le bassin est normal.

On fait le diagnostic de grossesre au sixième mois et demi chez

une femme syphilitique ayant un col utérin rigide : fœtus très probablement mort.

Le 28 juin, pertes de sang qui durent jusqu'au 30.

Le 7 juillet, les pertes recommencent et se continuent légères les jours suivants. Ces pertes sont suivies de quelques contractions utérines douloureuses, jusqu'au 12 au matin, où l'on fait un tamponnement vaginal.

Dans la journée du 12, la parturiente accuse des douleurs utérines fréquentes et suffisamment énergiques. L'utérus durcit.

La température jusqu'ici normale, monte à 37°8 ; les pulsations à 112.

Vers midi, et malgré le tamponnement, les pertes de sang se renouvellent.

On décide d'intervenir et on pratique une incision.

A 5 heures de l'après-midi, l'orifice interne de l'utérus est à peine perméable au doigt. On tente alors la dilatation avec le dilatateur bivalve Calderini, d'abord doucement, puis avec force et cela pendant un quart d'heure.

Nouvelle dilatation le 13 au matin.

Le col reste toujours dur et rigide.

On essaye encore d'introduire un ballon, le plus petit qui existe. On le laisse en place jusqu'au matin suivant. Contractions multiples dans la nuit.

Le 14. — A 9 heures, le ballon est toujours en place et on ne peut le faire sortir qu'après l'avoir dégonflé.

L'exploration devient douloureuse, insupportable.

On trouve le col dans les conditions identiques au début. De plus, les manœuvres répétées les jours précédents l'on réduit dans un état déplorable ; il est couvert d'exsudats, l'épithélium est tombé ; ceci s'observe également aux organes génitaux

externes, et, en particulier, les petites lèvres sont latéralement couvertes d'exsudats et de plus sont très œdématiées.

Le ballon retiré, on pratique aussitôt une injection à l'acide borique.

Il s'écoule alors un liquide sanguinolent et fétide.

Dans de telles conditions et, dans l'impossibilité absolue d'extraire le fœtus, bien que macéré et mort, et plutôt petit, sans pratiquer sur le col des incisions profondes qui auraient intéressé également le segment inférieur, on trouve moins dangereux d'opérer par voie abdominale.

D'autre part, une expectative ultérieure mettrait davantage en danger la parturiente; la température se maintient aux environs de 38, et, le pouls bat à 120. Il n'y a aucune chance que l'accouchement se termine spontanément.

Tout ceci pris en considération, c'est alors que le professeur Calderini décide d'intervenir par une opération césarienne, opération qu'il me charge de pratiquer.

Afin que la parturiente ne se trouve plus dans de telles conditions, le professeur Calderini conseille également l'ablation des ovaires.

Ainsi donc, le 14 au matin, après avoir fait la plus scrupuleuse antisepsie, et endormi la parturiente au chloroforme, je fis une césarienne conservatrice en même temps que je pratiquai l'ablation des deux ovaires.

Je ne m'arrêterai pas à décrire l'opération parce qu'elle fut faite suivant les procédés classiques.

Je noterai cependant que je me suis servi du conseil donné par Caruso en incisant longitudinalement le fond de l'utérus, et, je m'en trouvai satisfait.

Afin d'éviter autant que possible l'infection du péritoine, je

fis l'ablation des ovaires avant d'inciser l'utérus, déjà extrait de la cavité abdominale.

L'utérus incisé, on y place une bande de gaze depuis le canal cervical jusqu'au vagin.

L'utérus fut suturé et la bande de gaze tenue au moyen d'une pince fut laissée dans la cavité utérine.

Le fœtus qui fut retiré, du sexe féminin, pesait 650 grammes il était long de 32 centimètres.

Il était macéré.

Les annexes fœtaux étaient verts et sentaient mauvais.

Du côté du placenta qui est plutôt hypertrophié on note des infarctus blanchâtres et des zones lardacées caractéristiques d'altérations spécifiques.

La parturiente s'est éveillée presque subitement dans de bonnes conditions ; elle a perdu peu de sang ; elle n'a pas vomi.

Les suites de couches apyrétiques se passèrent régulièrement ; les lochies furent normales et pas fétides.

Les organes génitaux externes s'améliorent ; au cinquième jour de l'opération, l'œdème et les exsudats ont disparu.

Le sixième jour, on coupe quatre fils de la suture abdominale, et le huitième on coupe les quatre autres.

La cicatrice s'est bien faite par première intention.

Le dixième jour, la parturiente commence à s'asseoir sur le lit. Le onzième jour, elle se lève.

Les jours suivants, elle se lève et marche à travers les corridors de la clinique et elle se sent si bien que le quinzième jour elle quitte l'hôpital.

A la sortie les organes génitaux externes sont guéris ; le col est gros, plutôt long, dur.

Le corps de l'utérus se trouve en antéflexion ; le fond arrive

à deux doigts au-dessus du pubis ; l'utérus est mobile en totalité, incliné à droite.

La cicatrice qui est résultée de l'incision abdominale est droite et régulière.

Observation XXXII

Proust et Pottet : in Comptes rendus de la Société d'obst. gynéc. et pédiat. Séance du 10 déc. 1906, p. 222.

Hystérectomie abdominale subtotale pour sténose syphilitique du col.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société l'observation (recueillie dans le service de notre maître le professeur S. Pozzi) d'une malade chez laquelle nous avons pratiqué une opération césarienne suivie d'hystérectomie subtotale dans des conditions d'urgence absolue. La rigidité syphilitique était telle dans ce cas que l'accouchement semblait impossible et la rupture utérine menaçante. Les accidents d'infection grave que présentait déjà la parturiente au moment de l'intervention ont été enrayés en partie par l'hystérectomie, mais les suites opératoires ont été fort longues.

Obs. — X..., domestique, âgée de 23 ans, entre le 18 septembre 1906 à l'hôpital Broca pour des accidents spécifiques qu'elle présente au niveau de la grande lèvre droite. C'est une secondipare enceinte de huit mois. Il y a deux ans elle a normalement accouché d'un enfant. Curettage à la Maternité le 22 novembre 1903 pour endométrite puerpérale.

En mars 1906, cure de condylome anal à l'hôpital de la Pitié.

Dans les premiers jours de septembre 1906, X... ressent une légère douleur au niveau de la grande lèvre droite qui s'œdé-

matie. Elle vient consulter à l'hôpital Broca et est reçue en médecine le 18 septembre. Là on constate qu'il s'agit d'accidents secondaires tout à fait au début. La contagion remonte à quelques semaines. La roséole est apparente, mais le siège précis de l'accident initial reste douteux.

Le 22 septembre. — X... est envoyée dans le service de chirurgie pour qu'il soit procédé à l'examen de ses lésions vulvo-vaginales.

Examen pratiqué par M. Lequeux. Grossesse de huit mois. Dernières règles le 15 janvier. L'examen du vagin fait constater :

1° Une plaque muqueuse, régulière, arrondie, non indurée, siégeant à la face interne de la grande lèvre droite et présentant les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Les ganglions inguinaux correspondant sont durs et hypertrophiés ;

2° Deux petites plaques de la grandeur d'une lentille, ayant les mêmes caractères que la précédente et siégeant à la face interne de la petite lèvre du même côté ;

3° Une masse bourgeonnante indurée, irrégulière, suppurante, qui fait saillie au niveau de la colonne postérieure du vagin ;

4° Une vaginite gonococcique purulente très intense. L'état général est peu satisfaisant, femme pâle, amaigrie. La malade est mise au traitement mercuriel.

Revue le 27 septembre par M. Lequeux. L'état général reste mauvais. Localement les lésions vulvo-vaginales se sont améliorées, mais on constate sur la lèvre postérieure du col utérin une production pathologique présentant les mêmes caractères que celle qui siège sur la paroi vaginale postérieure.

Présentation en S.I.G. Siège décomplété, mode des fesses.

7 octobre. — Rupture des membranes à 4 heures de l'après-midi.

8 *octobre*. — A 6 heures du matin apparition des premières douleurs, orifice non dilaté, col fermé, dur, irrégulier. Les bruits du cœur sont bons. M. Pozzi, à qui la malade est montrée, recommande si l'état ne se modifie pas de se tenir prêt à intervenir par la voie haute. Température le matin : 37°1, le soir 37°6. Le soir diminution des douleurs.

9 *octobre*. — L'état n'a pas changé. Le matin, T. 37°1. Douleurs insignifiantes. Col absolument fermé. Avant de pratiquer une opération césarienne, M. Pozzi désire avoir, au sujet de cette inextensibilité du col, l'avis de M. Demelin de qui dépend le service d'accouchement de l'hôpital Broca.

A midi, tamponnement utéro-cervical par M. Lequeux. On met une mèche intra-cervicale et une compresse vaginale. Les contractions réapparaissent et augmentent d'intensité jusqu'à 4 heures du soir.

A 4 heures du soir. — T. : 38°. Pouls fréquent. Examen de la malade par M. Demelin qui constate que le col est dur, ligneux, sans aucune tendance à la dilatation malgré les contractions.

M. Demelin conseille l'opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale subtotale, « craignant que l'effacement et la dilatation du col ne soient démesurément longs, si même ils arrivent à s'effectuer suffisamment, redoutant la rupture utérine, la mort de l'enfant et l'infection de la mère. L'intervention doit être pratiquée aussitôt que possible, car l'enfant peut-être spécifique se putréfiera vite *in extsnso* et il existe déjà de l'infection amniotique.

A 5 heures du soir. — Frissons multiples. T. 39°2. P. 120. L'état général empire, la malade souffre. Perte du méconium, les bruits du cœur s'assourdissent.

A 7 heures du soir. — T. 39°4. Facies mauvais. M. Pottet, interne du service, téléphone au professeur Pozzi qui prie M. Proust d'intervenir d'urgence.

L'opération est pratiquée à 8 heures du soir par M. Proust aidé de M. Pottet. Malade en position déclive peu accentuée. Laparotomie médiane. L'incision de la paroi part de la symphyse et remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'utérus est amené hors du ventre et les ligaments larges sont sectionnés entre deux clamps assez loin des bords de l'utérus (ayant bien soin de respecter ainsi les utérines d'une manière complète). On peut alors achever facilement la bascule totale de l'utérus hors de l'abdomen, et se mettre à l'abri de toute inoculation septique par le liquide amniotique. Le champ opératoire étant soigneusement garni de compresses, incision rapide des trois quarts de la face antérieure de l'utérus, ouverture de l'œuf. Au cours de ce temps le bras gauche de l'enfant se trouve incisé par la pointe du bistouri. Extraction de l'enfant, section du cordon. L'enfant est confié à un aide chargé de le ranimer.

Un lien circulaire de caoutchouc — un simple drain — placé immédiatement au-dessous de l'extrémité inférieure de l'incision utérine arrête l'hémorragie qui se fait au niveau des lèvres de cette incision. L'utérus est alors complètement enveloppé de compresses, les artères utérines sont reconnues, isolées, pincées et sectionnées. Section transversale de l'utérus au niveau de la partie moyenne du col. Ligatures sur les artères utéro-ovariennes, les artères utérines, les ligaments ronds. Les annexes droites sont enlevées attenant à l'utérus, les gauches isolément. Les unes et les autres sont très petites. Le moignon du col est fermé au moyen d'un surjet de catgut n° 1. L'hémostase est absolue. J'augmente alors l'inclinaison de la malade et m'aidant de la valve sus-pubienne de Doyen et de l'écarteur de

Gosset je passe alors à la péritonisation. Elle est rendue difficile par la plénitude de la vessie (il a été impossible de cathétériser la malade avant l'opération) qui bascule constamment en arrière. J'obtiens cependant un affrontement séreux exact. Toilette du Douglas. Aucun suintement.

Suture de la paroi à deux plans. Surjet au catgut n° 2 comprenant le péritoine et les muscles. Agrafes de Michel sur la peau. De loin en loin, points de renfort au fil d'argent chargeant toute l'épaisseur de la paroi.

Je place un drain et deux petites mèches de gaze aseptique dans le cul-de-sac de Douglas. Une sonde est laissée à demeure parce que la présence de végétations vulvaires exubérantes rend le cathétérisme difficile.

Soins donnés à l'enfant. — L'enfant naît en état d'asphyxie blanche. Il est très difficile à ranimer. Pendant trois quarts d'heure, frictions, bains froids et chauds, frictions à l'alcool ; aspiration de mucosités par M. Lequeux qui peut à la fin en ramener un paquet compact. A partir de ce moment, l'air entre dans les bronches et l'enfant commence à crier. Suture avec quelques agrafes de Michel de la coupure longue de 5 centimètres que l'enfant présente au bras et ligature du cordon.

Poids de l'enfant à la naissance: 2 kil. 300 grammes.

Les jours suivants l'enfant se développe mal, d'autant que la question de l'alimentation est délicate à résoudre. En l'absence de tout accident syphilitique, M. Lequeux ne veut pas confier l'enfant à une nourrice spécifique et, d'autre part, on ne peut à cause de la syphilis de la mère le confier à une nourrice saine. Il est mis au biberon et augmente de poids faiblement et irrégulièrement. Après de grandes oscillations de sa courbe de poids, il pèse aujourd'hui 2 kil. 600 grammes.

Suites opératoires de la mère. — Malgré la simplicité de l'acte opératoire, les suites chez la mère ont été fort troublées et fort graves. La température, il est vrai, a commencé à baisser graduellement dès le lendemain de l'opération pour arriver à 37°8 le cinquième jour au matin, mais à partir de ce moment elle s'est mise à remonter en oscillations à type septicémique. Le moignon du col suppure abondamment. Du pus fétide s'écoule par l'orifice externe et le vagin dès le 12 octobre ; il se déverse dans le Douglas et sort par le drain abdominal le 16. On note de l'induration profonde et de la douleur dans la fosse iliaque droite.

22. — Colpotomie qui permet d'assurer un large drainage au point déclive du cul-de-sac de Douglas. La rétention purulente est momentanément supprimée. La température reste aux environs de 38° pendant une semaine, puis nouvelle ascension à 40° le 31 octobre.

4 *novembre.* — La température revient à la normale, mais pour remonter presque aussitôt aux environs de 40°, avec quelques phénomènes pulmonaires et des crachats hémoptoïques.

14. — Un large empâtement iliaque droit a remplacé l'induration profonde du début. Pansements deux fois par jour pour combattre la rétention qui se fait à ce niveau.

28. — Malgré une température souvent élevée, l'état général s'améliore notablement. La malade commence à s'alimenter légèrement. Dans les premiers jours de décembre la malade est mise aux frictions de collargol.

9 *décembre.* — Ouverture d'un abcès pré-pubien.

A partir de ce moment, il se produit encore une grande ascension de température, puis la malade entre définitivement en convalescence.

TABLEAU

RÉSUMANT

LES OBSERVATIONS

AUTEURS	NATURE ET ÉPOQUE DE L'INTERVENTION	*Résultats pour la mère*	*Résultats pour l'enfant*
Putegnat (I). *J. Médec. Bruxelles*, 1868.	Incisions et version, 11 jours après le début du travail.	Morte.	Mort.
— *Id.* — (II).	Forceps, 14 heures après le début du travail.	Vivante.	Mort.
— *Id.* — (III).	Forceps.	Vivante.	Mort.
— *Id.* — (IV).	Forceps.	Vivante	Mort.
— *Id.* — (V).	Forceps.	Vivante.	Mort.
Charleoni (VI). *Ann. univers di Med. Milano*, 1873.	Incisions et forceps, 24 heures après le début du travail.	Vivante.	1 mort. 1 vivant.
Welponer (VII). *Centralb. f. Gynec.*, 1881, p. 223.	Incisions et forceps, 48 heures après le début du travail.	Vivante.	Vivant.
Martinetti (VIII). *Arch. de Tocol.* Mars 1884.	Simple introduction du doigt dans l'orifice, accouchement spontané.	Vivante.	Vivant.
— *Id.* — (IX). *Ann. d. Ost.*, 1883, p. 733.	Incisions, épisiotomie, forceps, 48 heures après le début du travail.	Vivante.	?
Fasola (X). *Ann. d'Obst. Gynec.* Avril et Mai 1886.	Incisions, forceps. Embryotomie, 5 jours après la rupture des membranes.	Morte.	Mort.
Doléris (XI). *Arch. de Tocologie*, 1885, XIII, 305-335.	Incisions 30 heures après le début du travail. Perforation du crâne.	Vivante.	Mort.
Doléris (XII). *Id. Id.*, p. 325.	Traitement mercuriel. Accouchement spontané.	Vivante.	Vivant.
Lugeol (XIII). *Journ. de Médec. Bordeaux*, 17 janv. 1886, p. 264.	Incisions, forceps, 17 heures après la rupture des membranes.	Morte.	Mort.
Blanc (XIV). *Lyon Médical*, 1891, LXVI, 440.	Incisions et forceps, 19 heures après le début du travail.	Vivante.	Vivant.
Le Camus (XV). *Thèse Paris*, 1891.	Écarteur Tarnier. Basiotripsie.	Vivante.	Mort.
Mesnard (XVI). *Arch. de Tocologie.* Janv. 1891, p. 19.	Incisions et forceps, 32 heures après le début du travail.	Vivante.	Vivant.
Tarnier (XVII). *Journ. des Sages-femmes.* Paris, 1893, XXI, 313-315.	Forceps et incisions, 26 heures après le début du travail.	Morte.	Mort.

s Observations.

AUTEURS	NATURE ET ÉPOQUE DE L'INTERVENTION	*Résultats pour la mère*	*Résultats pour l'enfant*
Schmid (XVIII). *Nouv. arch. de Gyn. et Obst.* Paris, 1894, IX, 410-414.	Écarteur Tarnier. Accouchement spontané.	Vivante.	Vivant.
Cioja (XIX). *Ann. di Ostetricia Milan*, 1894, XVI, 487-501.	Ballon de Barns. Incisions, forceps.	Vivante.	Vivant.
Cioja (XX). *Ibid. Ibid.*	Dilatateur de Bossi. Forceps. Incision, 3 jours après le début du travail.	Vivante.	Vivant.
Cioja (XXI). *Ibid. Ibid.*	Dilatateur de Bossi. Forceps. Incisions.	Vivante.	Mort.
Martin (XXII). *Norm. médic.* Rouen, 1896, XI, 145.	Accouchement spontané après 32 heures de travail.	Vivante.	Vivant.
Rémy (XXIII). *Rev. médic. de l'Est.* Nancy, 1896.	Incisions. Écarteur de Tarnier. Forceps.	Morte.	Vivant.
Le Bigot (XXIV). *Thèse Paris.* Juillet 1899.	Incisions. Injections chaudes, 15 heures après le début du travail.	Vivante.	Vivant.
Chaleix-Vivié (XXV). *Rev. mens. Gyn. Obst. Pediat.* Bordeaux, 1900, n° 10, p. 501.	Incisions de Dürhssen. Forceps, 36 heures après le début du travail.	Vivante.	Vivant.
Férouelle (XXVI). *Thèse Paris*, 1902.	Césarienne conservatrice, 3 jours après le début du travail.	Vivante.	Vivant.
Férouelle (XXVII). *Ibid. Ibid.*	Incisions et forceps, 10 heures après le début du travail.	Morte.	Vivant.
Rudeaux (XXVIII). *Société d'Obst.*, 10 oct. 1904.	Césarienne suivie d'hystérectomie, 3 jours après le début du travail.	Morte.	Vivant.
Rudeaux (XXIX). *Ibid. Ibid.*	Accouchement spontané.	Vivante.	Mort.
Brassart (XXX). *Echo Méd. Nord.* Lille, 1905, IX, 315.	Incisions, 24 heures après le début du travail.	Vivante.	Mort.
Bidone (XXXI). *VI^e Cong. Soc. ital.* Pavie, oct. 1899.	Incisions. Dilatation césarienne conservatrice.	Vivante.	Macéré.
Proust (XXXII). *Comptes-Rend. Obs. Ped. Gyn.* 10 déc. 1906.	Hystérectomie abdominale subtotale, 14 heures après le début du travail.	Vivante.	Vivant.

CONCLUSIONS

1° La syphilis aux trois périodes, primitive, secondaire et tertiaire, est susceptible de provoquer au niveau du col de l'utérus, des *sténoses* qui peuvent être *causes de dystocie.*

2° Pour prévenir ces sténoses, il convient, chez toute femme enceinte syphilitique et, à plus forte raison, lorsqu'elle présente des signes de syphilis utérine, d'instituer le traitement mercuriel intensif.

3° Lorsque la sténose est constituée, on peut, au moment du travail, essayer de recourir à la dilatation instrumentale du col.

4° Si la dilatation échoue, on peut s'adresser au débridement du col, mais il faut savoir que, cette opération, pratiquée dans un milieu aussi infecté, a souvent entraîné une infection mortelle chez la femme.

5° Il est préférable, si la dilatation s'est montrée insuffisante, de recourir à une opération *césarienne,*

soit *conservatrice*, soit suivie d'*hystérectomie*. Dans les rares cas où elle a été appliquée, elle s'est accompagnée d'une mortalité moins élevée que les débridements du col.

Vu : le Président de la thèse
POZZI

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie,
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Barnes. — Leçons sur les opérat. obstétr. Traduct. de Cordes, 1873, p. 218.

Bidone. — VI[e] Congr. Soc. Ital. Pavie, oct. 1889.

Blanc. — *Lyon Médic.*, 1894, LXVI, 440.

Blandin. — Syphil. du col chez une femme enceinte. *Soc. d'Obst. Paris*, 1901.

Boudreau. — Arrachement circulaire du col. *Thèse Toulouse*, 1902.

Brassart. — *Écho médic. du Nord.* Lille, 1905, p. IX, 315.

Casanova-Camps. — Estudios del chancro sifilitico del cuello uterino. *Rev. espec. med.* Madrid, 1905, VIII, 498.

Certanesco. — De la marche et de la durée du chancre syphilitique et des syphilides vulvaires pend. la gest. *Th. Paris*, 1875.

Chaleix-Vivié. — *Rev. mens. Gynéc. Obst. et Ped.* Bord. 1900, X, p. 504.

Charleoni. — Ann. Univ. de Med. Milano, 1873.

Cioja. — Ann. di ostetr. Milano, 1894, XVI, 487.

Crocci. — Rigidité anat. chez une primip. de 32 ans, in Arte ostetricia, 30 avril 1902.

Doléris. — *Arch. de Tocol.*, 1885, XIII, 305.

Durhssen. — Opérat. césar. vagin, 1899, *Der Frauenartz*, n° 6.

Fasola. — *Ann. di Ostet. Gynec.*, avril, mai 1886.

Férouelle. — *Thèse Paris*, 1902. Chancre syphil. du col de l'utérus.

Fournier. — Leçons sur la syphilis chez la femme, 1873.

Le Bigot. — *Thèse Paris*, juillet 1899. De l'influence du chancre syphil. du col de l'utérus sur l'accouchement.

Le Camus. — *Thèse Paris*, 1892. De la rigidité syphil. du col de l'utérus comme cause de dystocie. Sclérose syphilit. du col.

Lepage. — *Journ. des Praticiens*, 1903. N° 37, p. 582.

Lugeol. — *Journ. de médic. de Bord.*, 17 janv. 1886, p. 264.

Martin. — *Norm. médic.* Rouen 1896, XI, p. 145.

Martinetti. — *Arch. de Tocol.*, mars 1884.

Maygrier. — Leçon cliniq. obst. Paris, 1893, p. 63.

Mesnard. — *Arch. de Tocol.*, 1891, p. 17.

Patacho. — Syphilides ulcerosas do collo uterine y Soci. Scienc, medic. Lisbonne, 1904, l. XVIII, p. 20.

Pinard. — Thèse *Toledo* sur la rigidité du col de l'utérus pend. le trait. de l'accouchement, décem. 1890.

Proust et Pottet. — Hyst. abd. subtot. p. sten. syph. du col, in *Comptes rend. S. O. P. G.*, Séance, 10 déc. 1906.

Putegnat. — *Journ. méd. Bruxelles*, 1868.

Rémy. — *Rev. med. de l'Est*, Nancy, 1896.

Ribemont-Dessaignes. — Précis d'obst. Paris, 1898, p. 975.

Rudeaux. — *Comptes Rend. Soc. O. P. G.*, 19 oct. 1904.

Schaudinn. — Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsante. Vol. XXII. Fas. II et in *Deutsche med. Woch.*, 1905, n° 8.

Schmid. — *Nouvell. Arch. Obst. Gynéc. Paris*, 1894, IX, 410-414.

Tarnier. — *Journ. des Sages-femmes.* Paris, 1893, XXI, 313.

Thibierge. — Chancre syphilitique du col à forme ulcéreuse, *Ann. de Derm. Syphilis.* Paris, 1890.

Toledo. — Rig. du col pend. l'accouch. *Thèse Paris*, 1890.

Wolpener. — *Centrabbl. für Gynecol.*, 1881, p. 223.

Woyer. — Geburstsstœrung dursh Narbenstenose des muttermundes infolge von syphilis. *Wien medic. Press.*, 1902, XLIII, 23.77

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	11
Chap. I. — Historique	16
Chap. II. — Étude clinique et anatomo-pathologique des lésions syphilitiques du col utérin.	20
Chap. III. — Dystocie	38
Chap. IV. — Traitement	42
Observations	50
Tableau résumant les observations	176
Conclusions	179
Bibliographie	181

Imprim. des Facultés, A. MICHALON, 6, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE